

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N^o

176

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 4 février 1898, à 1 heure

Par POTIER (EUGÈNE)

Né à Merdrignac (Côtes-du-Nord), le 4 septembre 1872

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS DU P.LI DU COUDE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. MARCHAND,

RICARD,

BROCA,

} agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

Année 1898

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 4 février 1898, à 1 heure

Par POTIER (EUGÈNE)

Né à Merdrignac (Côtes-du-Nord), le 4 septembre 1872.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS DU PLI DU COUDE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. MARCHAND,

RICHARD,

BROCA,

} agrégés.



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	N...
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	HUTINEL.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....	TERRIER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULBÈNE.
	CHANTEMESSE
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	N ..
	PINARD.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRÉ.	GILLES DE LA TOURETTE	NELATON.	THOINOT.
BAR.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	POIRIER, Chef de tra-	VARNIER.
BROCA.	HEIM.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
Pierre DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Hommage d'affectueuse et profonde reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Il nous a été donné d'observer, dans le service du professeur Tillaux, une jeune femme portant au pli du coude droit, une tumeur sur le diagnostic de laquelle on restait hésitant. Les affections de la face antérieure du coude, si nous en exceptons les anévrysmes artérioso-veineux si communs à l'époque où l'on pratiquait fréquemment la saignée, ne sont pas très fréquentes et leur diagnostic peut parfois offrir quelques difficultés. A cette occasion, il nous sembla qu'il y aurait un certain intérêt à faire quelques recherches sur la pathologie de cette région. Encouragé par M. Souligoux, chef de clinique, nous avons fait du résultat de nos recherches le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous avons consulté les ouvrages et les publications parus depuis le commencement du siècle. Nous avons soigneusement noté toutes les observations se rapportant à notre sujet. Les anévrysmes artérioso-veineux, conséquence d'une saignée malheureuse, ont presque disparu, ils ne nous occuperont qu'incidemment.

Des kystes, des lipomes, des hématomes, des anévrysmes spontanés, survenus au cours d'une maladie cardiaque avancée ou dont la cause échappait, des névromes, des sarcomes, voilà les différentes tumeurs que nous avons trouvées signalées dans cette région.

Classer ces affections d'après leur étiologie presque toujours obscure ou leurs caractères histologiques ne nous était

pas possible. Nous avons cru bien faire en les rangeant suivant le pronostic qu'elles comportent. Cette division est toute artificielle il est vrai, mais elle a l'avantage d'être commode et simple.

Dans les tumeurs à pronostic bénin, nous faisons entrer : *les kystes, les lipomes, les hématomes, les anévrysmes spontanés sans cause apparente.*

Les anévrysmes spontanés au cours d'une affection cardiaque, les névromes, les sarcomes feront partie des tumeurs à pronostic réservé.

Après quelques mots d'historique, nous passerons en revue ces différentes affections, en donnant pour chacune d'elles, autant qu'il nous sera possible, son étiologie, sa marche et ses symptômes, son pronostic et son traitement. Un chapitre spécial sera consacré à leur diagnostic différentiel. Quelques conclusions résumeront notre travail.

Mais avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser aux maîtres éminents et dévoués qui ont fait notre éducation médicale, le public hommage de notre gratitude. MM. les D^{rs} Aubrée, Dayot, Delacour, professeurs à l'Ecole de médecine de Rennes, nous ont toujours témoigné une grande bienveillance, nous leur en sommes profondément reconnaissant. Dans les services de MM. les D^{rs} Cuffer, Mercklen et Hirtz, nous avons trouvé en suivant les leçons cliniques faites chaque jour au lit du malade, un enseignement sûr, qui nous a été très profitable. L'accueil que nous a fait M. le Dr Moizard dans son service à l'hôpital des Enfants-Malades, les connaissances de clinique que nous y avons acquises, lui sont autant de titres à notre reconnaissance.

Nous adressons aussi un souvenir à la mémoire du profes-

seur Straus et à celle du professeur Tarnier dont nous fûmes l'élève.

M. le professeur Tillaux, chez qui nous eûmes l'honneur d'être élève, a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; nous lui adressons l'expression de notre profonde et respectueuse gratitude.

Historique.

Nulle part nous n'avons trouvé un travail d'ensemble sur les tumeurs du pli du coude. « Les affections ou tumeurs organiques du coude, dit Denucé (1), ne sont pas extrêmement fréquentes. Du moins on en trouve un nombre très restreint dans les auteurs et les publications. »

« J'ai vu, dit-il, une tumeur kéloïde à la partie antérieure du coude, une tumeur lipomateuse ou graisseuse couvrant la moitié supérieure de la face antérieure de l'avant-bras. Elle était molle, large, présentait une fausse transparence et fut prise pour une tumeur fibro-plastique colloïde. J'en fis l'extirpation, elle était tout entière composée de tissu graisseux assez lâche. La malade guérit sans récurrence. »

D'autre part, Poincot (2), après avoir constaté leur rareté, ajoute : « on trouve parfois au coude des névromes plus ou moins volumineux, superficiels ou profonds sur le trajet des nombreux filets ou tronc nerveux qui traversent cette région. Nous en avons vu un, ¹/₂ du volume d'une aveline, sur le médian, au pli ²/₃ du coude. »

Charvot dans deux mémoires récents (3) a bien étudié une tumeur assez fréquente au pli du coude : l'hématome. Il est toujours consécutif à un traumatisme direct du coude, ou indirect, par chute sur la main, fléchie ou étendue.

(1) DENUCE, *Dict. de méd. et de chir. pratiques*, art. Coude.

(2) POINCOOT, *Dict. des sc. méd.*, art. Coude.

(3) CHARVOT, *Revue de chir.*, 1881, p. 705. *Cong. chir.*, p. 213, 1892.

Les autres exemples de tumeurs, dont nous rapportons les observations, ont été trouvés épars dans les traités ou les revues périodiques, une observation de lipome nous est personnelle.

CHAPITRE PREMIER

Des tumeurs à pronostic bénin.

a) Kystes.

Les kystes que l'on peut rencontrer au pli du coude sont des kystes synoviaux et des kystes hydatiques. Les kystes dermoïdes ont été rencontrés sur des parties si variables du corps, qu'il n'est pas impossible qu'ils se développent en cette région, le fait, du moins, à notre connaissance, n'a pas été signalé.

On sera alors en présence d'une tumeur circonscrite, arrondie, rarement bosselée, offrant le plus souvent de la mobilité en tous les sens ; mais, pouvant être immobile, au point de sembler faire corps soit avec l'os, soit avec les autres parties profondes. Il pourra exister à la base de cette tumeur un pédicule. A son niveau, pas de chaleur, ni de rougeur de la peau, laquelle sera facilement mobile et plissable. Quelques légères varicosités pourront s'y montrer. La circulation collatérale développée, l'œdème de l'avant-bras n'apparaîtront que si la tumeur a atteint un volume déjà notable, sans cependant être considérable. Dans l'observation II, le kyste n'avait que la grosseur d'un petit œuf de poule et pourtant à sa surface, il existait « un réseau de veines dont la coloration bleuâtre en imposerait pour une dilatation variqueuse ».

La palpation sera assez variable suivant les cas. Tantôt on

aura la sensation d'un corps dur, par suite de la réplétion excessive de la poche, avec néanmoins le plus souvent, un certain degré d'élasticité ; tantôt une sensation de mollesse analogue à celle donnée par un lipome.

Il est un caractère que l'on rencontrera fréquemment, c'est la fluctuation. Elle était nette dans l'observation déjà citée, dans les deux autres il n'en est pas fait mention, mais elle se rencontre si souvent dans les kystes, que nous sommes autorisé à croire, qu'elle existera également dans ceux dont le siège sera le pli du coude.

La transparence si on la trouve sera aussi une indication, mais elle n'existera pas toujours, disons même, qu'elle existera rarement. Il faut, en effet, pour qu'elle se manifeste que le liquide soit absolument clair, que la tumeur soit superficielle, et, qu'elle ait un certain volume. Si elle est petite, ce signe sera difficile à rechercher.

Le kyste pourra présenter une certaine réductibilité s'il est en communication avec la synoviale articulaire par un pédicule. Il sera d'autant plus réductible que l'orifice de communication sera plus large et la position de l'avant-bras par rapport au bras plus favorable, c'est-à-dire que son degré de réductibilité variera avec les mouvements de flexion, d'extension, de supination ou de pronation. Toutefois, pour les kystes hydatiques, ce caractère ne saurait exister, car ils ne communiquent jamais avec l'articulation. L'existence du frémissement hydatique, que ceux-ci offrent quelquefois, est trop rare et trop délicate à percevoir, pour que nous y insistions.

La douleur pourra être assez vive pour gêner la fonction du membre, pour rendre l'individu incapable de remplir sa

profession s'il s'occupe à des travaux manuels pénibles.

Sous quelle influence se développent les kystes au pli du coude ? Dans une de nos observations le malade ne présentait que des antécédents rhumatismaux. Il avait eu, 11 ans auparavant, du rhumatisme du coude droit, le même qui devait être affecté d'un kyste, dans l'autre c'est une enfant de 11 ans chez laquelle il existait depuis au moins l'âge de 4 ans 1/2. Evidemment, dans le premier cas, il ne saurait y avoir aucune relation entre le rhumatisme et la production kystique, dans le second cas était-il congénital, c'est possible. Ce que nous savons, c'est que les cryptes folliculaires des synoviales articulaires, les gaines séreuses des tendons, les bourses séreuses sous-cutanées ou musculaires, le tissu conjonctif, sont des lieux d'élection. Ils existent abondamment au pli du coude. Les contusions, les frottements répétés, les mouvements brusques ou forcés sont invoqués presque toujours par le malade porteur d'une tumeur, quel qu'en soit le siège. On pourra en tenir compte, mais dans de justes limites.

Pour ce qui est des kystes hydatiques, leur formation en cette région est le simple effet du hasard, qui y a amené un embryon d'œuf de tœnia.

Leur pronostic n'est pas autrement grave. S'il comporte, à cause du siège de l'affection, une certaine réserve au sujet des fonctions ou de la douleur possible, cette réserve n'aura plus lieu d'être, quand le malade et le chirurgien seront décidés à agir.

Pour ce qui est du traitement des kystes, on pourra suivre différents moyens. Si le kyste est petit, on pourra essayer de le rompre en le pressant, faire ensuite de la compression. On pourra également enlever le contenu par ponction, y in-

jecter un peu de teinture d'iode. Mais le moyen le plus radical est aussi le meilleur, il vaut mieux inciser la peau et procéder à l'extirpation de la poche kystique. On se met ainsi à l'abri de toute récurrence.

b) Lipomes.

Les lipomes que l'on rencontre en des régions si diverses du corps, s'observent également au pli du coude. C'est une observation se rapportant à un lipome, nous l'avons déjà dit, qui a été le point de départ de ce travail. Ils semblent toutefois n'avoir aucune prédisposition pour cette partie du corps, si nous en jugeons par le petit nombre des observations que nous avons rencontrées. Nous en rapportons trois observations.

Dans l'une d'elles (obs. III), le lipome volumineux occupait toute la partie antérieure de l'avant-bras. Il s'enfonçait profondément dans les interstices musculaires, arrivait jusqu'au ligament interosseux de l'avant-bras, passait en arrière de la tubérosité bicipitale du radius, se trouvait ainsi divisé en deux parties, la plus volumineuse antérieure, et était pour ainsi dire « en bissac ».

Dans nos deux autres observations, le siège de la tumeur était le même. Dans celle qu'a publiée Ladroitte, elle occupait « la partie supérieure et antérieure de l'avant-bras, un peu au-dessous du pli du coude, en dedans de l'expansion aponévrotique du biceps ». Dans celle qui nous est personnelle, la situation était identique par rapport à l'axe du bras, mais la tumeur débordait un peu en haut la ligne du pli du coude.

Les malades ne présentaient rien dans leurs antécédents

héréditaires ou personnels. C'étaient trois femmes encore jeunes.

Dans les deux dernières observations, celles où le lipome avait toujours occupé la région du pli du coude (car nous devons dire que, dans l'observation III, il avait débuté par l'avant-bras pour remonter, dans son mouvement d'expansion, vers le coude, le développement avait été lent et avait atteint à peu près le même degré. Cette lenteur dans l'accroissement est un caractère des lipomes et il est bien rare de les voir prendre rapidement une grande extension. Il faut pourtant savoir que ce fait existe. « Nélaton a vu grossir des lipomes après la suppression des règles ; dans d'autres cas, chaque période menstruelle donnait un coup de fouet à la tumeur ; Littre cite un fait où le lipome augmenta après quelques excès de vin (1). »

Donc l'indolence, la lenteur du développement, sans changement de coloration et sans adhérence de la peau, l'absence de ganglions, quand de plus, la tumeur sera molle, arrondie, non fluctuante, seront de bons signes de diagnostic d'un lipome. Souvent, il sera possible de sentir une sorte de pédicule s'enfonçant dans la profondeur. Ajoutons la présence facilement constatable de petits lobules sous-jacents à la peau et on pourra affirmer son diagnostic.

Ce sont là, d'ailleurs, des caractères communs aux lipomes en quelque région du corps qu'ils soient. Mais, pour peu qu'il manque certains de ces caractères, l'hésitation sera grande dans la région qui nous occupe.

Au pli du coude, par exemple, les mouvements de flexion

(1) RECLUS, *Manuel de path. ext.*, p. 207.

et d'extension, de pronation et de supination, en faisant varier ou bien la consistance de la tumeur, ou bien sa mobilité, ou bien ses adhérences, ou bien son volume, rendront le diagnostic fort embarrassant. Nous aurons l'occasion de revenir sur cette question au chapitre du diagnostic différentiel.

Au point de vue pronostic, ces lipomes ne comportent point de gravité. Ils ne dégénèrent jamais en tumeurs malignes. On ne cite qu'une observation de Dupuytren (1) dans laquelle un lipome aurait donné naissance à un cancer. Encore n'est-elle pas probante. Vu le siège qu'elles occupent ici, il peut en résulter une gêne fonctionnelle et de la douleur. Un traitement approprié préviendra toute conséquence fâcheuse.

Dans ces sortes de tumeurs, l'intervention chirurgicale est la règle. Les indications sont subordonnées aux douleurs et à la gêne fonctionnelle du membre. Pourtant, étant donné que l'opération est bénigne et simple dans la plupart des cas, on ne devra pas hésiter sur le désir du malade à le débarrasser d'une tumeur qui peut s'enflammer pour une cause ou pour une autre, et expose le patient à des ennuis autrement sérieux que l'acte opératoire.

c) Hématomes.

Consécutivement à une luxation du coude, à un traumatisme de la région, à une chute sur la main en flexion ou en extension, on observe parfois autour de l'articulation du coude un épanchement sanguin considérable. En quelques

(1) Cité par RECLUS, *Man. de path. ext.*, p. 207.

jours cette énorme quantité de sang disparaît, mais en laissant après elle, dans un certain nombre de cas, un reliquat, constituant au pli du coude une tumeur qui ne laisse pas d'embarrasser le praticien, non prévenu, et qui apporte dans les mouvements de l'articulation une gêne notable. Charvot (1), dans deux mémoires, a décrit minutieusement cette tumeur, sous le nom d'hématome du pli du coude. Dans les quelques considérations qui vont suivre, nous lui ferons de nombreux emprunts.

Les symptômes de ces hématomes sont, dans toutes les observations publiées jusqu'à ce jour, à peu près identiques. L'épanchement sanguin péri-articulaire a été dans tous les cas considérable, avec une prédominance à la région antérieure du coude, la tuméfaction était énorme et envahissait parfois la partie inférieure du bras et la portion supérieure de l'avant-bras dans une grande étendue. Le gonflement durait plusieurs jours ou quelques semaines et disparaissait complètement, mais au niveau du pli du bras il n'en était pas de même. Le malade ou le chirurgien, en portant la main en ce point, s'aperçoit de l'existence d'une tumeur. « Son volume, dit Charvot, varie probablement avec la quantité de sang épanché et avec son degré d'ancienneté. Au moment où on la découvre, c'est-à-dire quand elle est encore volumineuse, elle est en général grosse comme un œuf. Sa forme n'est pas toujours régulièrement arrondie ; elle peut être aplatie, triangulaire, la surface n'est pas égale et l'on sent des bosselures plus ou moins marquées. Sa consistance varie aussi avec l'âge de la tumeur ; au début elle peut être

(1) CHARVOT, *Rev. de chir.*, 1884, p. 703.

encore légèrement pâteuse, surtout en certains points ; mais au bout de quelques semaines, elle acquiert une dureté caractéristique ; on croirait avoir sous les doigts une tumeur cartilagineuse ou même osseuse ; cependant, même dans ces cas, il est parfois possible de découvrir certains points de la tumeur moins durs et moins pâteux. Son siège est constant, et c'est là un signe caractéristique. Elle occupe le côté interne du pli du coude, au devant de l'articulation et remonte plus ou moins haut (trois ou quatre travers de doigts) sur la partie antéro-interne du bras ; en bas elle s'arrête au niveau de l'interligne articulaire et est profondément située au fond de la branche interne du V bicipital ; en dedans elle s'étend au devant de l'épitrôchlée ; en dehors elle empiète sur la fosse coronoïdienne et elle s'engage sous le biceps dont elle est parfaitement indépendante et dont le tendon fait corde au-dessus d'elle. Les parties molles se déplacent facilement sur elle et l'on sent très distinctement le paquet vasculo-nerveux qui passe au devant. La tumeur, qui semble profondément située dans l'épaisseur du brachial antérieur, est au début parfaitement indépendante de l'humérus au devant duquel elle est placée ; en la saisissant fortement avec la main on peut lui imprimer des mouvements de latéralité assez étendus. Les mouvements de haut en bas sont à peine possibles dans l'extension, mais pourtant s'exécutent spontanément quand on fait plier l'avant-bras ; c'est qu'alors la grosseur suit la contraction du brachial antérieur dont elle semble occuper le centre charnu. A la longue cependant la tumeur peut contracter des adhérences avec l'humérus avec lequel elle paraît alors faire corps. »

Quelles conséquences résultent de la formation de ces tu-

meurs ? Le paquet vasculo-nerveux est placé à leur face antérieure, soulevé par elles, sans qu'il en soit jamais résulté ni phénomènes douloureux intenses sur le trajet du nerf médian, ni troubles de la sensibilité, ni gêne de la circulation des artères de l'avant-bras. Le pouls radial n'a pas subi de changement appréciable. Nous pouvons donc croire que les névrites consécutives du médian seront l'extrême minorité.

Au point de vue des fonctions de l'articulation il n'en est plus ainsi. Les troubles sont la règle. La flexion souvent ne dépasse pas l'angle droit et quelquefois est limitée à 45 degrés. L'extension, si elle est possible, n'est du moins jamais complète et presque toujours est l'occasion de quelques douleurs. La force musculaire est diminuée dans certains cas.

Les choses en restent à ce point pendant cinq, six semaines. Peu à peu, la tumeur sanguine diminue de volume, devient plus dure, contracte des adhérences avec l'humérus, perd sa mobilité, sa marche rétrograde se ralentit, et neuf mois après les choses n'ont guère changé, d'autres fois elle disparaît en deux mois et le malade recouvre la fonction parfaite de son membre.

Voilà, du moins ce que nous pouvons dire d'après les observations publiées. Toutes sauf deux, en effet, ont trait à des soldats qui ne peuvent être gardés longtemps en surveillance. Les uns reprennent du service avant la guérison complète, les autres rentrent dans leurs foyers, et sont réformés ; en sorte que tous sont perdus de vue. Toutefois, étant donnée l'extrême dureté qu'ont prise en certains cas ces tumeurs, la lenteur avec laquelle elles semblaient marcher vers la résolution, il nous est permis de croire, comme Charvot, qu'à un

moment donné, tout travail de résorption est susceptible de s'arrêter, qu'alors la tumeur peut s'infiltrer de sels calcaires et s'étant intimement soudée à l'humérus ou aux autres os former en avant d'eux des tumeurs osseuses que Malgaigne (1) avait décrites et considérait comme presque constantes dans les luxations invétérées du coude en arrière. La transformation osseuse ne fait pas de doute. Boppe a eu en effet l'occasion d'enlever une de ces productions (obs. XV). L'examen histologique montra que la tumeur était formée « par des corpuscules osseux et par de nombreuses cellules à noyaux volumineux ».

De la lecture des observations d'hématomes du pli du coude, il apparaît qu'ils sont causés par des accidents divers, mais dans lesquels « le traumatisme, qu'il soit direct ou indirect, exerce son maximum d'action sur le côté interne du coude ». La violence de la contusion qui déchire les ligaments, déplace les surfaces articulaires, explique suffisamment la rupture des vaisseaux du côté interne du coude. A cette rupture vient certainement s'ajouter une déchirure « de certains faisceaux musculaires dans la masse d'insertion des muscles épitrocléens ou plutôt, ce qui nous semble être la règle, dans le corps charnu du brachial antérieur (2) ». C'est d'ailleurs ce muscle qui se rompt le premier dans la luxation du coude, sans doute à cause de sa situation au devant de l'article vis-à-vis duquel il joue le rôle de ligament actif.

Le traitement de ces sortes de tumeurs est médical, au moins dans la première période de leur formation. L'immo-

(1) MALGAIGNE, *Tr. des luxations*, p. 380.

(2) CHARCOT, *loco citato*.

bilisation du coude, les massages quotidiens et méthodiques, la compression, arriveront souvent à faire disparaître la tumeur, sinon, elles l'amélioreront en la faisant diminuer de volume. Dans la seconde période, alors que les moyens précédents longtemps continués auront été insuffisants, que la tumeur sera douloureuse ou la cause d'une gêne fonctionnelle, il faudra intervenir chirurgicalement, et l'enlever au bistouri ou par tout autre moyen, suivant les connexions contractées par la tumeur avec les parties voisines. Cette méthode, pratiquée par Boppe (1) et couronnée de succès, autorise à agir de même, le cas échéant.

d) Anévrysmes spontanés survenant sans cause apparente.

Cette catégorie d'anévrysmes, qui s'observent au pli du bras, a pour siège l'humérale, la radiale, la cubitale. Ils sont alors circonscrits. Ont-ils, au contraire, été causés par la rupture d'une artériole péri-articulaire : ils sont plutôt diffus.

L'athérome semble être leur cause prédisposante.

Leur apparition est précédée de douleurs vagues au niveau du pli du coude, douleurs survenues sans cause, au cours d'une excellente santé. Dans les observations que nous avons rencontrées, nous n'avons trouvé, ni traumatisme, non plus qu'aucun mouvement brusque et anormal, accompli par l'articulation. La région ne présente aucune déformation, la palpation ne fournit aucun renseignement. La main est engourdie, le malade y ressent une sensation vague de pesanteur.

(1) Obs. XV.

Les choses en restent là, pendant quelques jours ou quelques semaines, durant lesquels on aura pensé à une névralgie ou à une douleur rhumalismale, voire même, surtout, si on voit le malade à l'hôpital, à une douleur simulée, et cela, d'autant plus volontiers que la douleur accusée, la gêne fonctionnelle ne seront pas en rapport avec les signes physiques, qui sont nuls.

Le traitement médical sera institué et les phénomènes douloureux persisteront, avec la même intensité. Ce sera subitement, du jour au lendemain, qu'en examinant la région, normale la veille, le malade ou le médecin s'apercevront de l'existence d'une tumeur. Elle augmentera rapidement dans les jours qui suivront, pour atteindre en un mois, dans un cas (obs. XIII), en cinq semaines dans un autre (obs. XIV) des dimensions considérables. Elle couvrira le pli du coude, l'étendue de l'épitrachée, et même au-dessus de cette saillie, jusqu'à six centimètres au-dessous (obs. XIII). La circonférence du bras à son niveau sera augmentée de plusieurs centimètres. Le bras est alors impuissant.

La pensée d'un anévrysme s'imposera et le diagnostic sera aisé, si on constate les signes propres à cette tumeur.

Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi. Il arrivera que la tumeur n'offrira ni mouvement d'expansion, ni battements, ni souffle. Et si, au lieu d'une masse arrondie, élastique, bien limitée, on se trouve en présence d'une tuméfaction sans limites précises, profondément située, l'embarras ne fera qu'augmenter. Nous reviendrons plus loin sur ce point, à propos du diagnostic différentiel.

Le pronostic nous semble dépendre de deux choses, du siège superficiel ou profond de l'anévrysme, de l'état des artères.

Dans le premier cas, soit que le diagnostic d'anévrysme ait été fait, soit qu'il ait été réservé, le chirurgien interviendra en règle générale, sans différer, et, il ne rencontrera d'autres difficultés opératoires que le mauvais état, toujours possible, des artères. Celles-ci, ne résistant pas aux ligatures posées sur elles, causeront une hémorrhagie abondante.

Dans le cas où l'anévrysme est profond, surtout si le diagnostic est hésitant, le chirurgien se pressera peut-être moins d'intervenir. Ce sera un temps précieux perdu. Pendant cette attente, l'articulation pourra avoir été envahie par le sang épanché, car il peut s'agir d'anévrysme diffus ; des dégâts considérables s'y seront produits. On se trouvera en présence de surfaces articulaires dénudées, érodées, rendues méconnaissables, et si, en plus de tout cela, les vaisseaux sont très malades, l'hémorrhagie sera difficilement arrêtée, même par la ligature de l'humérale. C'est ce qui arriva à Montaz (obs. XV) qui finalement dut amputer son malade et n'obtint, qu'à ce prix, la guérison.

Ce que nous venons de dire nous permettra d'être bref au sujet du traitement. La seule intervention acceptable pour un anévrysme de cette nature et volumineux est la ligature de l'artère. Les autres moyens, croyons-nous, ne devront être mis en usage que si l'anévrysme semblait devoir rester stationnaire, étant d'un volume plus considérable.

CHAPITRE II

Des tumeurs à pronostic réservé.

a) Anévrysmes spontanés au cours d'une maladie de cœur.

Les anévrysmes spontanés consécutifs à une lésion organique du cœur ne sont pas très fréquents. Les cas que nous avons trouvés cités dans les auteurs et les publications, sont au nombre de onze. Sur ces onze observations, quatre ont rapport à la région du pli du bras, une à l'artère iliaque externe (1), une à l'artère crurale (2), une à la poplitée (3), une aux artères de l'encéphale (4), deux à la mésentérique (5), une à l'aorte (6). Il semble donc que ces accidents ont pour le pli du coude une préférence. Pourquoi en est-il ainsi ? La cause ne nous semble pas évidente. Tout au plus, pouvons-nous dire que les mouvements de l'articulation du coude, les traumatismes auxquels est exposée cette partie du membre supérieur, peuvent avoir sur l'apparition des anévrysmes une influence surtout marquée, quand l'artère, ainsi qu'il

(1) PARKER, *Medico-chir. Transact.*, 1884.

(2) BUCQUOY, *Soc. des hôp.*, 1888.

(3) TUFFNEL, *Dublin Journal of med. science*, 1853.

(4) CHURCH, *Bartholomews hosp. Rep.*, 1870.

(5) PONFICK, *Archiv für Anat.*, 1873 et PEL, *Zeitsch. für klin. Med.*, 1887, p. 327.

(6) EPPINGER, *Archiv für klinische Chir.*, 1887.

a été constaté dans quelques cas, est manifestement malade. Mais, quand l'artère est saine, il faut trouver une autre explication, étant donné que, la plupart du temps, l'accident se produit sans qu'aucune cause extérieure n'intervienne, et, que c'est au repos, pendant son sommeil, que le malade est atteint.

Cette explication nous devons la chercher dans les embolies qui, détachées du cœur, s'arrêtent dans les artères périphériques. Ces embolies, septiques ou non, arrêtées au pli du coude, au point où l'humérale se divise pour donner naissance à l'artère radiale et à l'artère cubitale, agissent sur les tuniques de ce vaisseau, par les éléments infectieux qu'elles apportent avec elles dans le premier cas, à titre de corps étrangers dans le second. Leur présence en ce point a pour résultat la destruction de la tunique interne du vaisseau, en même temps que de sa membrane élastique et musculaire. De sorte que l'artère réduite à sa tunique externe est aisément distendue par l'ondée sanguine et qu'un anévrysme se forme. Eppinger et Pel (1) qui ont eu l'occasion d'examiner à plusieurs reprises des anévrysmes causés par une endocardite végétante, ont admis ce mécanisme de nature bactérienne. Bucquoy et Rendu (2), à propos d'une communication faite par l'un d'eux à la Société des hôpitaux, au sujet d'un anévrysme de l'artère crurale observé chez une cardiaque, et dont la nécropsie fut pratiquée, acceptèrent cette opinion.

L'apparition de ces anévrysmes est soudaine et leur développement atteint du premier coup un certain développement.

(1) PEL, *loco citato*.

(2) Soc. des hôp., 1888.

La tuméfaction de la région du coude en marque ordinairement le début et elle est surtout accentuée au niveau du pli du bras. Bientôt la douleur apparaît, quand ce n'est pas elle qui a été le symptôme initial, ainsi que le montre l'observation qu'a publiée le Dr Pluyette. La sensation douloureuse est plus ou moins vive, mais toujours suffisante pour gêner les mouvements de l'articulation. La peau est intacte, mais présente des taches ecchymotiques, signe manifeste que des vaisseaux sanguins ont été rompus.

Du côté de la main et de l'avant-bras, on peut observer de l'engourdissement. La paralysie non plus que les douleurs névralgiques le long des nerfs de la région ne sont pas signalées dans les observations. Le pouls radial sera fréquemment diminué de force.

D'ailleurs, les véritables signes des anévrysmes ne tarderont pas à apparaître : battement, thrill, souffle. La fluctuation pourra à leur niveau être assez manifeste pour faire croire à un phlegmon. On y serait d'autant plus porté, s'il existait à la peau, comme dans le cas de Pelletan, une petite plaie suppurante, avec inflammation périphérique. Les autres signes empêcheront une erreur qui pourrait avoir de fâcheuses conséquences.

Le pronostic est sérieux, non pas que par eux-mêmes, ces anévrysmes soient redoutables forcément, mais à cause de l'état général grave du malade, qui pourra faire hésiter le chirurgien ou rendre impossible tout traitement énergique. Dans tous les cas que nous rapportons, les malades ont succombé quelques semaines, au plus quelques mois, après leur entrée à l'hôpital. Il est vrai de dire qu'ils mouraient du fait de leur lésion cardiaque bien plus que de leur anévrysme.

C'est donc une raison pour intervenir autant qu'on le pourra.

Le traitement sera médical ou chirurgical. Médical, si à l'affection cardiaque, se joignent des antécédents syphilitiques. L'iodure de potassium, à hautes doses et longtemps continué, les frictions mercurielles trouveront ici leur indication. Hors ce cas, encore sera-t-il nécessaire qu'il n'existe pas de menace de rupture de la poche, le traitement chirurgical est la méthode de choix.

Si l'anévrysme est petit, sans que la rupture soit imminente, on pourra employer l'acupuncture. Nous ne conseillons pas l'électropuncture, car si nous nous en rapportons à ce que nous avons lu, à propos de son emploi dans les anévrysmes des artères périphériques, elle est souvent mal supportée, extrêmement douloureuse, bien avant que la tension électrique soit suffisante pour la cure désirée. Il en est de même de la compression directe ou indirecte qui, le plus souvent, ne peut être prolongée. Nous aurions recours plus volontiers à l'introduction de corps étrangers dans le sac, fil de fer, ressort de montre, crins. Cette méthode qu'ont préconisée Moore et Bacelli, pourra donner de bons résultats. Mais, si on est sûr que l'artère où siège l'anévrysme est saine, il vaut mieux recourir à la ligature de l'artère au-dessus et au-dessous du sac avec extirpation de celui-ci, ainsi que l'a préconisé M. Pierre Delbet dans deux mémoires successifs (1). C'est la seule opération à pratiquer en présence d'une dilatation anévrysmale sur le point de se rompre.

(1) PIERRE DELBET, *Rev. de chir.*, 1889, et *Cong. chir.*, 1895.

b) Névromes.

L'étiologie des névromes dans la région qui nous occupe est tout aussi obscure que celle de ces tumeurs dans les autres parties du corps. On a donné comme causes les contusions, les piqûres, la compression. Aronsohn (1) a invoqué la syphilis, qui semble avoir une certaine influence. Une tumeur, située sur le trajet du sciatique et ayant toutes les apparences d'un névrome, disparut sous l'influence du traitement spécifique.

Si ces causes peuvent avoir une influence, il est aussi certain, que l'origine de ces tumeurs reste le plus souvent inconnue. Chez la malade dont nous rapportons l'observation, empruntée à la thèse de Leboucq, rien dans les antécédents ne put expliquer le développement de la tumeur.

Les névromes, au point de vue de la symptomatologie, présentent des caractères assez nets, pour que le diagnostic soit aisé le plus souvent.

Ils existent sur le trajet d'un nerf, sous forme de tumeurs ovoïdes, au niveau desquelles la peau est mobile, lisse, sans changement de couleur, sans vascularisation veineuse appréciable. L'apparition du névrome est souvent précédée de troubles de la sensibilité, tels que des fourmillements dans l'avant-bras, la main et les doigts, des douleurs névralgiques variables tant au point de vue de la fréquence qu'au point de vue de l'intensité, mais ordinairement en rapport avec le développement de la tumeur. Cette douleur a des caractères qui lui sont particuliers. Foucault (2) la décrit ainsi. Elle « consiste

(1) ARONSOHN, Th. Strasbourg, 1822.

(2) FOUCAULT, Th. Paris, 1872.

le plus souvent en une série d'élançements qui, partant de la tumeur, sont ressentis à l'extrémité du membre; rarement le malade les compare à des charbons ardents, à une décharge électrique. Bientôt les accès prennent une violence extrême, ils débutent brusquement, puis laissent après quelques secondes, une demi-minute de souffrance intolérable, un état d'endolorissement, non seulement à la partie qu'est venu frapper l'éclair douloureux, mais encore qui se diffuse aux parties voisines. Cela dure une demi-heure environ. Enfin, un jour arrive où les accès se précipitent, où le suivant n'atteint pas la fin du précédent et ainsi plongent le malade dans une torture sans fin ».

La douleur offre encore un caractère particulier et qu'Aronsohn a mis en relief. Elle cesse ou au moins diminue par la compression du nerf malade au-dessus de la tumeur. Le fait existait nettement dans plusieurs observations, citées par lui, et en particulier, dans celle que nous rapportons. Dans une autre, où la tumeur avait pour siège le nerf musculo-cutané et occupait la partie inférieure et interne du bras, il existait sous l'influence de la compression « une contraction brusque des muscles de l'avant-bras et de la main, accompagnée d'une sensation que le malade comparait à une décharge électrique (1).

Volkman dit que chez un malade, qui était porteur d'un névrome du médian au bras, il constata une atrophie considérable des doigts, qui étaient moins longs de 1 à 2 centimètres que du côté sain.

Jacquart (2) en disséquant un cadavre, rencontre au bras

(1) LEBOUCC, Th. Paris, 1865, p. 19.

(2) VOOD, *Mémoire sur les tumeurs des nerfs*, p. 324.

de celui-ci, sur le médian au niveau du coude, un névrome qui avait déterminé des troubles remarquables du côté des muscles innervés par ce nerf (Voir aux observations).

Signalons la sécheresse et la desquamation de la peau qui ont été notées dans quelques cas, et encore, une mobilité suivant la direction perpendiculaire au nerf, tandis que la tumeur est fixé dans le sens parallèle.

Etant donné tous ces caractères il sera assez facile de poser un diagnostic. Il n'en sera pas de même du pronostic. D'abord les accidents sérieux qu'ils déterminent, gêne fonctionnelle, douleurs, crises épileptiformes, car le fait a été signalé, ne peuvent disparaître que par une intervention chirurgicale. Le développement lent ou rapide de la tumeur doit aussi être pris en considération. La récurrence a été signalée ainsi que la généralisation.

Traitement. — Le traitement des névromes à la région du pli du bras sera à peu près toujours chirurgical. Il ne sera médical que dans le cas où on aurait lieu de supposer que la tumeur est sous la dépendance de la syphilis. Il ne faut pas oublier en effet, qu'on a cité au moins un cas d'une tumeur, présentant tous les caractères d'un névrome qui disparut sous l'influence de l'iodure de potassium. Chez les rhumatisants, chez les névropathes, on pourra essayer du traitement approprié aux affections existantes.

Le plus souvent, il faudra procéder à l'enlèvement pur et simple de la tumeur. Les principales indications qui doivent faire agir, sont l'intensité de la douleur et le développement rapide de la tumeur. Il faudra noter soigneusement les rapports de la tumeur avec le nerf de façon à ménager toutes les fibres nerveuses susceptibles d'être conservées. On se mettra

ainsi plus sûrement à l'abri des paralysies possibles consécutives à la résection d'un segment du nerf. Ajoutons toutefois que la sensibilité réapparaîtra même après l'enlèvement d'un segment de nerf assez considérable, soit que les fibres nerveuses se régénèrent le long des sutures pratiquées entre les deux segments de nerf sectionné, soit qu'elle ait lieu par voie collatérale.

c) Sarcomes.

Les tumeurs sarcomateuses du pli du coude, constituent une variété importante des tumeurs de cette région, importante au point de vue de leur fréquence, à cause de leur diagnostic et de leur traitement. Suivant qu'elles prennent naissance dans les os ou les parties entourant l'articulation, leurs caractères sont différents.

Développé aux dépens des parties molles, le sarcome a un début généralement indolore, et, c'est par hasard, que le malade s'aperçoit qu'il porte au bras une tumeur. Elle peut être déjà volumineuse et s'accroître encore, sans que les douleurs soient très accusées. Le fait est fréquent. Mais, il n'est pas rare qu'un œdème partiel de l'avant-bras, une sensation d'engourdissement attirent l'attention. Il ne faudrait pas croire cependant que le sarcome du pli du coude se développât toujours de la sorte, lentement et sans douleur. Celles-ci n'attendent pas parfois à se manifester. La gêne qu'elles provoqueront pourra être assez considérable pour limiter les mouvements de l'articulation, amener la flexion de l'avant-bras sur le bras, alors que le volume de la tumeur sera encore minime.

L'atrophie musculaire du segment inférieur du bras était manifeste dans une des observations que nous rapportons. Il existait, à la main, une contracture assez forte pour lui donner l'aspect d'une griffe. La forme effilée des doigts est signalée dans la même observation.

Au reste, le sarcome aura un aspect assez variable, suivant que son expansion aura été plus ou moins entravée par les parties environnantes. Libre de se développer, il présentera, le plus fréquemment, une forme arrondie, globuleuse ; généralement recouvert par de la peau saine et pas adhérente. Les parties profondes, jusqu'à une époque avancée, conserveront leur indépendance vis-à-vis de la tumeur. Sa consistance, tantôt ferme, sera d'autres fois molle, avec quelques points fluctuants.

Les symptômes généraux seront nuls, à moins qu'on ait affaire à une tumeur à marche rapide ou déjà généralisée à des organes importants tels que les viscères.

Parfois, un ou plusieurs ganglions viendront aider au diagnostic.

L'épreuve de la température, indiquée la première fois par Estlander, pourra être aussi d'une grande utilité pour le diagnostic. L'élévation peut atteindre 4° et 4°5. — Nous rapprocherons de cette élévation de température une sensation particulière de refroidissement de tout l'avant-bras et dont le malade avait conscience, qui est notée dans une des observations que nous rapportons.

Le début de l'ortéosarcome sera, au contraire de celui du sarcome des parties molles, marqué le plus souvent par des douleurs. Elles apparaîtront, sans que rien ne puisse servir à les expliquer, soit à l'occasion d'une chute ou d'un coup.

Au coude, la gêne ne tardera pas à apparaître, pour peu que la douleur soit vive et le néoplasme volumineux.

Quels seront les caractères de ce néoplasme ? Ils seront variables. Tantôt dures, résistantes aux doigts qui pratiquent le palper, ces tumeurs seront aussi d'autres fois molles et fluctuantes (kystiques). On les trouvera unies ou bosselées. Evidemment elles seront adhérentes à l'os.

Et puis, d'ailleurs, il ne sera pas constant de se trouver en présence d'une tumeur nettement limitée. Parfois, ce sera un gonflement diffus, une sorte d'empâtement de la région du pli du coude. L'important, dans ce cas, sera de rechercher les connexions de cette tuméfaction avec l'os ou les os sous-jacents. Les déformations de leurs épiphyses seront une indication utile.

Le palper pourra donner encore deux signes d'une importance considérable : la crépitation parcheminée, dans le cas de tumeur à coque osseuse ; la crépitation osseuse, qui indique que le néoplasme renferme dans sa masse des lamelles osseuses.

La main appliquée au niveau de la tumeur, percevra dans quelques cas, un mouvement d'expansion généralisé à toute la masse. Des pulsations fortes ou faibles suivant les tumeurs, et que la compression de l'artère du membre suspendra momentanément, car elles reparaitront aussitôt que celle-ci aura cessé.

Du côté de l'articulation, on trouvera une déformation plus ou moins considérable, en rapport avec le développement de la tumeur, surtout avec son siège. La déformation, on le comprend, pourra avoir une grande importance au point de vue du diagnostic précis du siège du sarcome. Les

mouvements anormaux des surfaces articulaires ne se présenteront pas très souvent. Pourtant, l'articulation ne jouit pas de l'immunité vis-à-vis du néoplasme. Schwartz dit qu'on la trouve atteinte dans des cas assez nombreux (1).

Les mouvements seront très compromis par la douleur et la gêne fonctionnelle occasionnée par la présence de la tumeur. Le coude sera fléchi sur l'avant-bras et immobilisé dans cette attitude, chez une grande partie des malades.

Nous n'avons rien à dire de l'étiologie des sarcomes au pli du coude. Comme dans les autres parties du corps, les traumatismes sont le plus souvent accusés par le malade d'avoir causé le mal.

Au point de vue de leur siège, ils semblent siéger indistinctement et avec une égale fréquence sur chacun des os de l'articulation.

Leur pronostic doit toujours être extrêmement réservé. Ces tumeurs ont en effet très souvent une marche rapide. En tous les cas, si parfois elles semblent s'arrêter dans leur évolution, elles ne rétrocedent jamais. Leur marche est fatale vers la généralisation, si le malade n'a pas succombé auparavant.

Leur traitement est purement chirurgical ; c'est l'enlèvement de la tumeur, si les parties environnantes ne sont pas trop atteintes ; c'est la résection du coude, si ses éléments sont malades et qu'on espère par ce moyen conserver au malade un membre utile. L'amputation du bras ou de la désarticulation de l'épaule sera une dernière ressource à employer quand le développement rapide de la tumeur, son extension aux parties voisines doivent rendre insuffisantes les précédentes opérations.

(1) SCHWARTZ, Thèse de concours d'agrég., 1880.

CHAPITRE III

Diagnostic différentiel.

Le diagnostic des tumeurs du pli du coude, facile dans certains cas, présente d'autres fois des difficultés réelles. Dans les quelques considérations qui vont suivre, nous essayerons de donner quelques indications propres à le faciliter.

L'apparition de la tumeur n'a été précédée d'aucun signe, c'est par hasard que le malade l'a découverte. Depuis ce moment la tumeur s'est accrue lentement, mettant plusieurs années à acquérir son volume actuel. Elle n'est devenue gênante que depuis peu, sans occasionner toutefois de véritables douleurs. Dans certains mouvements du bras, quand on presse la tumeur, elle diminue de volume, ou bien sa consistance se modifie, et à la palpation, on la trouve, élastique, arrondie, roulant pour ainsi dire sous les doigts, de plus en essayant de pénétrer dans la profondeur, on sent nettement un pédicule, en la regardant à contre-jour, il y a de la transparence. On a alors beaucoup de chances de se trouver en face d'un kyste synovial. Mais pour peu que quelques caractères manquent, que d'autres soient incomplets, il sera difficile de se prononcer.

Tous ces signes peuvent, à peu de chose près, se retrouver dans le lipome. Même lenteur dans le développement, même consistance de la tumeur, existence d'un pédicule à sa base,

même peau saine, sans adhérences ; enfin, des modifications identiques à propos des mouvements du bras.

La transparence, quand elle existera, sera en faveur d'un kyste séreux, mais elle fera défaut dans celui-ci et pourra exister dans le cas de lipome, ainsi que le fait se produisit dans l'observation qu'a rapportée Ladroitte. Il en est d'ailleurs ainsi dans de nombreux cas, quand le tissu conjonctif qui réunit entre eux les lobules graisseux est lâche, ou n'existe pas pour ainsi dire. L'existence de tumeurs semblables sur d'autres parties du corps seront en faveur du lipome.

Quand les signes suivants auront été reconnus, le diagnostic de lipome sera établi : d'une part, l'augmentation de la consistance, la tumeur sous l'influence du froid, d'autre part, l'impossibilité où l'on sera de faire décrire des mouvements en tous sens à une aiguille introduite dans la tumeur. Enfin, la présence nettement constatée de lobules à sa surface, sera suffisante à elle seule pour faire cesser toute hésitation.

Il ne faudrait pas non plus prendre pour un anévrysme de l'artère humérale, un kyste reposant, par sa base, sur cette artère et à laquelle elle communiquerait des mouvements ayant quelque analogie avec celle d'un anévrysme. Il s'en distingue par les caractères de la pulsation qui est un soulèvement sans expansion, par l'absence de souffle et de modifications dans les battements de l'artère radiale.

Nous ne pensons pas qu'il puisse arriver aisément de confondre un kyste avec une dilatation variqueuse. Cependant, dans certaines circonstances où la coloration bleuâtre de la peau est très accentuée, on pourrait au premier abord avoir quelque hésitation. Il en était ainsi dans un cas de Guersant, dans lequel, n'eût été la transparence, tout aurait pu faire

croire à une dilatation des veines de la région, tout jusqu'à une ponction, pratiquée six mois avant l'opération définitive, et qui donna issue à un liquide sanguinolent.

La confusion d'un kyste au pli du coude ne saurait exister avec l'hématome. Les circonstances qui auront donné naissance à celui-ci, sa consistance qui restera rarement uniforme, sa surface presque toujours inégale, la sensation de crépitation sanguine, sont des caractères assez particuliers pour faire éviter toute erreur. Il suffira d'y penser.

L'hématome, en revanche, pourra être pris pour une autre affection, par le chirurgien non prévenu, auquel le malade donnerait des renseignements insuffisants, ou qui serait appelé à faire son examen, longtemps après l'accident survenu au coude.

Dans quelques cas où le traumatisme aurait été léger, il pourrait y avoir, croyons-nous, un peu d'embarras à dire s'il s'agit d'un hématome ou bien d'un ostéosarcome de la région, latent jusque-là, et que l'accident aurait brusquement rendu apparent. En faveur de cette dernière hypothèse, il y aura le siège de la tumeur au niveau de l'épiphyse inférieure de l'humérus. Mais l'ostéosarcome de cet os au niveau du coude est assez rare ; d'autre part, un ostéosarcome se manifestant ainsi sans douleurs antérieures, ne doit pas être un fait fréquent. Au contraire, c'est le fait de l'hématome d'être peu douloureux et d'être la conséquence d'un traumatisme. Ajoutons-y l'empâtement particulier étendu tout autour de l'articulation et la présence de plaques ecchymotiques, et le diagnostic d'hématome sera plus que probable.

Mais, quand l'hématome sera ancien et devenu dur, il offrira une grande similitude avec les exostoses, soit syphili-

tiques, soit ostéogéniques ou de croissance. Toutefois l'humérus est bien rarement le siège de celles-là, qu'on trouve le plus souvent sur les os du crâne, sur la face interne du tibia et du cubitus, sur la clavicule et le sternum. Il est plus souvent atteint par les secondes. Mais elles sont presque toujours multiples, symétriques, parfois héréditaires, et leur apparition correspond à un âge où les cartilages conjugaux ne sont pas encore soudés, en particulier de 10 à 20 ans. Elles siègent le plus souvent au niveau des épiphyses. L'hématome occupe toujours la partie interne et antérieure du pli du bras, en arrière du tendon du biceps au niveau du corps charnu du brachial antérieur. Ce siège est caractéristique. Il sera plus difficile souvent de le distinguer d'une apophyse coronoïde fracturée antérieurement et restée séparée en partie ou totalement du corps de l'os.

Il nous reste à étudier, au point de vue du diagnostic, les anévrysmes spontanés au cours d'une maladie du cœur, et sans lésions cardiaques concomitantes, les névromes et les sarcomes.

Les anévrysmes, conséquence d'une endocardite, ne semblent pas pouvoir prêter à une erreur de diagnostic. Les circonstances particulières au milieu desquelles ils prennent naissance, doivent attirer immédiatement l'attention, il suffit d'être prévenu de leur existence possible. De plus, ne tardent pas à apparaître, tous les signes propres aux tumeurs anévrysmales, mouvements d'expansion, souffle, battements. La coïncidence d'une tumeur analogue sur le trajet d'une autre artère, la poplitée par exemple, sera une chance de plus, que le chirurgien aura de se trouver en présence de cette variété d'anévrysme d'origine embolique.

Les anévrysmes de la seconde catégorie n'offriront, le plus souvent, aucune difficulté de diagnostic lorsqu'ils auront atteint un certain volume et qu'ils auront pour siège l'humérale. Mais, si, au lieu d'avoir pour siège cette artère, ils sont la conséquence de la rupture d'une artériole située profondément, comme dans l'observation du D^r Montaz (1), le diagnostic sera d'une difficulté extrême. Tous les signes pathognomoniques de l'anévrysme manquaient. La tuméfaction était considérable, les mouvements du coude à peu près supprimés et très douloureux, la radiale et la cubitale battaient avec autant de force que du côté opposé. Cela était bien fait pour faire penser à un ostéosarcome et surtout à une hémarthrose, étant données les conditions qui avaient précédé l'apparition de la tumeur. Il y avait eu traumatisme. Le diagnostic resta en suspens. Il s'agissait d'un anévrysme diffus primitif qui avait occasionné des désordres considérables dans l'articulation. L'hémorrhagie fut tellement abondante et si tenace qu'on dut pratiquer l'amputation.

La difficulté ne sera pas moindre, quand on se trouvera, ainsi qu'il arriva à Boeckel, en présence d'une tumeur développée à la partie supérieure et antérieure de l'avant-bras, due à une déchirure de l'artère cubitale, enclavée entre les muscles de la région, et au niveau de laquelle on ne percevait ni mouvement d'expansion, ni souffle, ni battement, qui était irréductible et dont la compression de l'humérale ne faisait en rien varier les caractères. Disons que, dans ce cas, le début avait été marqué de vives douleurs, sans qu'il fut donné de rien apercevoir d'anormal au point douloureux, si bien

(1) V. observ. XV.

qu'on crut d'abord à une douleur rhumatismale, que le traitement améliora un peu. Donc, en présence d'une tumeur à début insidieux, marqué par des douleurs vives, avec engourdissement de l'avant-bras et de la main, ayant pris en quinze jours, trois semaines, un volume notable, il faudra songer toujours à l'existence possible d'un anévrysme spontané.

Les névromes ont des caractères tellement tranchés dès qu'ils ont acquis un certain développement, qu'ils ne sauraient être confondus avec aucune autre tumeur de cette région. Ils sont en général plus douloureux et d'une manière plus précoce que les sarcomes, ils sont mieux limités, ils sont plus durs, moins lisses que les kystes, d'une consistance plus ferme que les lipomes, et ces deux dernières tumeurs ne provoquent pas de douleurs aussi vives, ni de troubles trophiques, ils laissent intacte la sensibilité. La cessation de la douleur qu'ils causent, par la compression du nerf au-dessus d'eux, leur siège exact au niveau d'un tronc nerveux et leur caractère de mobilité par rapport à celui-ci, sont des indices suffisants. Il sera plus malaisé ou plutôt impossible de diagnostiquer la nature de la tumeur : fibrome, sarcome, myxome, épithéliome, carcinome. On ne les confondra pas avec les tubercules sous-cutanés douloureux.

La source la plus fréquente d'erreur au point de vue du diagnostic des tumeurs au pli du bras, est peut-être le sarcome.

Nous avons vu, en effet, qu'ils peuvent se développer aux dépens des os ou des parties molles. C'est surtout les premiers dont il sera difficile de déterminer la nature.

Au début, alors que la tumeur encore cachée ne fait aucun

relief sous la peau, on croira volontiers à une douleur névralgique ou d'origine rhumatismale, hypothèse d'autant plus admissible que le malade aura peut-être eu antérieurement une ou plusieurs attaques de rhumatisme. A cette période, aussi longtemps qu'aucun autre signe ne sera découvert, il sera impossible de faire le diagnostic.

Distinguer un ostéosarcome d'une tumeur blanche, n'est pas chose plus aisée dans nombre de cas. Les antécédents héréditaires ou personnels ne serviront guère. L'ostéosarcome se développe aussi bien chez le tuberculeux que chez l'individu qui ne l'est pas. Il peut se rencontrer chez un malade, tout comme l'arthrite fongueuse s'y voit quels que soient les autres maladies dont celui-ci soit atteint.

Un signe, toutefois, pourra mettre sur la voie du diagnostic, ce sera la présence chez le patient d'une tumeur organique située dans une autre partie du corps.

Les douleurs de l'ostéosarcome sont trop variables pour être utilisées d'une façon certaine. Cependant, une tumeur du coude dont le repos, l'immobilisation ne diminueraient en rien les douleurs qu'elle provoque, aurait infiniment plus de chance d'être sarcomateuse que tuberculeuse. A plus forte raison si celles-ci se trouvaient exaspérées.

Au moins la forme de l'articulation et de la tumeur vaudra-t-elle servir à la qualifier ? Quelquefois oui, souvent non. C'est que les fongosités de l'arthrite ne se distingueront pas de celles auxquelles peut donner naissance un sarcome, et celles-ci occuperont les points les plus divers, aussi bien « l'interligne articulaire et les points spéciaux aux fongosités de l'arthrite, que le niveau des extrémités osseuses ».

(1) SCHWARTZ, Th. concours d'agrég., 1880.

Mais étant donné d'une part l'intégrité de l'articulation, coïncidant avec la sensation de longosité donnée à la palpation, on pourra sûrement éliminer la tumeur blanche, car, à ce degré, la tumeur aurait envahi les surfaces articulaires. Pourtant, il ne faudra pas s'attendre à ce qu'il en soit nécessairement ainsi, elles pourront être lésées par l'ostéosarcome et alors les difficultés, au lieu de diminuer, augmenteront. L'existence de fistules donnera certitude presque absolue en faveur de l'arthrite tuberculeuse, certitude que rendra évidente un examen bactériologique avec constatation de bacilles de Koch.

De même une ponction exploratrice donnant issue à du liquide sanguinolent ou à du sang pur est le fait du sarcome.

Enfin, la marche rapide, sans mouvements de recul, arrivant en quelques mois à produire une tumeur volumineuse, plaidera aussi en faveur d'une tumeur maligne.

Ce n'est pas le seul diagnostic différentiel qu'il y ait à faire en présence d'une tumeur d'apparence sarcomateuse du pli du coude, développée aux dépens des parties osseuses. Il faudra songer également à l'ostéopériostite syphilitique. Les antécédents, les douleurs surtout nocturnes, le traitement spécifique, éviteront de commettre une erreur, qui pourrait être fort préjudiciable au malade.

Les autres tumeurs avec lesquelles on peut le confondre sont le fibrome, le chondrome, les kystes hydatiques. Le fibrome se développe, il est vrai, au niveau des épiphyses des os longs, mais sa marche est lente, il est moins douloureux, il est dur, il est élastique. Il ne faut pas oublier non plus que parfois il s'y forme de petits kystes, tout comme dans l'ostéosarcome. Dans ce cas, le seul examen direct de la tumeur pourrait renseigner.

Le chondrome des os est surtout fréquent aux doigts. Il est presque toujours multiple et ce n'est qu'exceptionnellement qu'on le trouvera au niveau de l'extrémité inférieure de l'humérus et des extrémités supérieures du radius et du cubitus. Son développement est lent, sa surface bosselée, il est dur, une ponction exploratrice ne donnerait rien.

Les kystes hydatiques des os sont des raretés pathologiques, et à notre connaissance il n'en a point été signalé dans les os du coude. Ici encore, une ponction exploratrice, permettant de constater des crochets d'échinocoque, rendrait tout doute impossible.

Les sarcomes des parties molles seront souvent une cause d'erreur de diagnostic. Leur développement rapide, les douleurs intenses, et souvent intolérables qui feront que le malade réclamera avec insistance une opération, ne permettront guère de les confondre avec les kystes. D'ailleurs une ponction exploratrice, donnant un liquide sanguinolent ou franchement rutilant dans le cas de sarcome, et un liquide séreux dans celui de kyste, ferait cesser toute hésitation. On ne les confondrait pas davantage avec un anévrysme. Les sarcomes des parties molles présentent bien moins souvent que les ostéosarcomes des bruits de souffle et des mouvements d'expansion. Ils n'ont pas non plus la consistance de l'anévrysme. De plus on rencontre quelquefois dans leur voisinage des ganglions épitrochléens ou axillaires qui n'existent pas pour l'anévrysme.

Il sera beaucoup plus difficile de dire si le sarcome, adhérant aux os dans la profondeur, s'est développé primitivement aux dépens des parties molles. Duplay, dans un cas de

sarcome du pli du coude (1) qui présentait des connexions évidentes avec le cubitus, mais surtout avec l'humérus, se basant sur ses rapports avec les muscles de l'avant-bras, qui semblaient l'envelopper, sur l'absence de gonflement des os, diagnostiqua un sarcome des parties molles. C'est là sans doute un signe qui a une grande valeur, mais nous croyons que, dans la plupart des cas, en présence d'une tumeur sarcomateuse, fixée dans la profondeur aux os du coude, il sera impossible de dire d'une façon absolue quel a été son point de départ initial, à moins que le malade ne soit très affirmatif sur les caractères du début.

(1) Cité par SCHWARTZ, Th. ag. 1880, p. 165.

OBSERVATIONS

OBS. I. — *Kyste hydatique du pli du coude* (PIÉCHAUD, *Soc. d'anat. et de physiol. Bordeaux*, 1889, p. 132.). Communication.

M. Piéchaud conduit à la Société une jeune fille de quatorze ans à qui il a enlevé il y a quelques semaines un kyste hydatique du pli du coude. C'était une tumeur du volume d'une noix, lisse, au sujet de laquelle deux hypothèses se sont présentées, celle de gomme suppurée et celle de kyste hydatique. Une ponction donna d'abord issue à du liquide purulent, puis bientôt limpide comme de l'eau de roche. On procéda alors à l'ablation du kyste. Une incision fut faite dans le sens de l'artère humérale, on tomba sur une paroi grisâtre, épaisse, fibreuse, facile à disséquer. Dans la profondeur toutefois, on trouva le nerf médian compris dans la tumeur. Il y avait un simple accollement dont on vint à bout par une séparation très lente. L'artère humérale envoyait aussi des adhérences lâches à la tumeur. Enfin le kyste était développé aux dépens de la partie superficielle du muscle brachial antérieur. L'examen du liquide a décélé la présence de crochets.

OBS. II. — *Kyste séreux du pli du coude. Traitement par le Séton. Guérison* (GUERSANT, *Gaz. des Hôp.*, 1856, p. 166).

Le 24 janvier 1856, entre au n° 25 une fille nommée Deterque, âgée de 10 ans $1/2$.

Elle porte au pli du coude gauche une tumeur sur l'origine de laquelle les renseignements ne remontent pas au delà de l'âge de 4 ans $1/2$.

A cette époque elle portait au pli du coude une tumeur grosse comme une noisette, sans douleur, ni rougeur. Le volume qui s'est toujours accru insensiblement, a surtout augmenté depuis l'âge de huit ans.

Vers le mois d'août 1855, elle est vue pour la première fois. On constate alors que la tumeur est dure sans changement de couleur à la peau, fluctuante, peu transparente, du volume d'un petit œuf de poule. Une ponction donne issue à un liquide séro-sanguinolent. La compression fut exercée, mais sans persévérance.

L'enfant revient avec une récédive de la tumeur le 24 janvier 1856.

Le jour de l'entrée, la malade présente à la partie externe du bras, au-dessus du pli du coude, en dehors du tendon du biceps, une tumeur à peu près hémisphérique, un peu plus allongée cependant suivant l'axe du bras. Le pli du coude la divise en deux parties : une supérieure et une inférieure plus petite, se terminant en pointe. Le volume total de la tumeur égale celui d'un petit œuf de poule. La surface est parcourue par un réseau de veines dont la coloration bleuâtre en imposerait au premier abord pour une dilatation variqueuse. La peau est mobile à la surface. La palpation donne une consistance molle ; la fluctuation est manifeste. Examinée à contre-jour la tumeur offre de la transparence. Absence complète de douleur. Dans la flexion de l'avant-bras la tumeur s'élève dans le pli du coude, repoussée en dehors par le tendon du biceps, auquel elle ne paraît pas adhérer. Sa tension est alors très prononcée.

Le 31 janvier, une ponction est pratiquée à la partie inférieure avec un trocart. Il s'écoule à peu près 60 grammes d'une sérosité roussâtre, dans laquelle l'acide nitrique détermine un précipité abondant. Une deuxième ponction est pratiquée à la partie supérieure du kyste, un fil double est passé et laissé à demeure.

Pansement simple. Le bras est maintenu en écharpe au moyen d'une bande. Légère douleur du bras, la nuit se passe dans l'insomnie.

Obs. III. — *Kyste synovial* (BEISAT, *Journal de médecine de Bordeaux*, 14 février 1892).

Le malade dont il s'agit est couché au lit n° 7, dans le service du Professeur Vergely.

Antécédents héréditaires. — Frère rhumatisant. Lui-même âgé de 28 ans, menuisier, a eu une atteinte de rhumatisme articulaire aigu à l'articulation du coude droit à l'âge de 17 ans. Bonne santé depuis.

Il y a 10 mois, il éprouva une douleur bien limitée à la région du coude droit. Cette douleur augmenta progressivement d'intensité et détermina des troubles fonctionnels de plus en plus accusés. En même temps le malade affirma avoir entendu nettement et à diverses reprises des craquements intra-articulaires.

Ne pouvant plus travailler qu'avec difficulté, le malade entre à l'hôpital le 17 janvier.

L'inspection ne révèle rien d'anormal on ne constate pas d'atrophie musculaire du côté malade. Aucune saillie anormale au siège de la tumeur.

Comme troubles fonctionnels, on trouve que la flexion, de l'avant-bras sur le bras est d'abord facile, mais devient douloureuse et même impossible à partir d'un certain point. L'extension n'est pas complète et l'exécution des mouvements de flexion cause au malade plus de douleur que celui de l'extension.

A la palpation, on sent au bord interne du coude, au niveau de l'interligne articulaire, au bord interne du grand palmaire, une tumeur du diamètre d'une pièce de deux francs élastique, régulièrement arrondie, roulant sous le doigt, indolore à la pression.

Dans les mouvements de supination, la saillie formée par la tumeur s'exagère ; au contraire dans la pronation, son volume diminue des deux tiers, toutefois il est impossible de la réduire complètement. La consistance de la tumeur n'est pas celle d'un lipome.

Le diagnostic de kyste est porté. L'opération n'a pas eu lieu.

OBS. IV. — *Lipome du pli du coude chez une femme*
(personnelle).

La nommée C..., âgée de 32 ans, fleuriste, entre le 24 novembre, salle Gosselin, dans le service de M. le Professeur Tillaux, pour une tumeur qu'elle porte au pli du bras.

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux. Mère vivante. Un frère et une sœur bien portants.

Antécédents personnels. — Elle n'a jamais fait de maladies aiguës. A 14 ans, elle a été opérée à Beaujon, par M. Tillaux, d'un genu valgum double. Mariée à 22 ans, elle a deux enfants.

Au pli du coude droit, la malade porte une petite tumeur, dont elle fait remonter le début à il y a environ six mois. Du moins c'est à ce moment qu'elle s'est aperçue de sa présence. Sa grosseur était alors celle d'une amende. Jamais elle n'a été douloureuse, tout au plus était-elle un peu sensible quand la malade avait beaucoup fatigué avec ce bras. Depuis six mois, la tumeur s'est accrue lentement, s'étendant surtout dans le sens de l'axe du membre.

Le 26 novembre, elle a le volume d'une grosse noix, un peu allongée, mesure environ quatre centimètres de longueur sur deux centimètres et demi de largeur à sa partie la plus élargie. Elle occupe la partie du pli du coude, tout entière en dedans de la partie médiane. A son niveau la peau n'a pas changé de coloration, on y voit seulement quelques petites varicosités. Elle est mobile sur les parties profondes, et n'adhère pas à la peau. La consistance de cette petite masse est molle, mais élastique. Elle n'offre pas de transparence. A sa partie externe et inférieure, elle semble présenter une petite échancrure perceptible au palper, et qui lui forme comme deux prolongements.

La flexion ne modifie pas la consistance, mais on pénètre plus aisément avec les doigts au-dessous de la tumeur ; on ne distingue pas de pédicule.

Le diagnostic reste hésitant entre un lipome ou un kyste.

L'opération pratiquée le jour même, démontre qu'on avait à faire à un lipome.

Obs. V. — *Lipome de l'avant-bras en bissac, développé des deux côtés du ligament interosseux. Extirpation en deux temps. Guérison* (BOECKEL, *Gaz. des Hôp.*, 1867).

Madeleine C... entre à l'hôpital pour une tumeur qu'elle a vu se développer sur l'avant-bras gauche, il y a cinq ans. Accroissement lent, plus rapide dans ces deux dernières années. La tumeur est gênante non douloureuse.

Aucune circonstance étiologique ne peut expliquer la production de cette masse morbide.

Sur la face antérieure de l'avant-bras, presque au niveau du pli du coude, on voit une tumeur du volume du poing de forme à peu près

ovale, assez régulièrement située sur le trajet de l'artère radiale. Elle est résistante, élastique, pas de fluctuation, ni de battements. La peau est mobile et normale. Cette masse peut se déplacer transversalement. Elle paraît enclavée entre les muscles de la région. L'exploration n'est pas douloureuse. Les mouvements de l'avant-bras sont restreints par le volume de la tumeur. Le pouls radial est aussi fort que du côté opposé. Pas de ganglion.

Le diagnostic de lipome sous-aponévrotique est porté.

A ce moment on n'avait remarqué aucune saillie sur la surface dorsale de l'avant-bras.

Le 26 août, l'opération est pratiquée. L'incision faite, la tumeur apparaît, jaunâtre, recouverte de membrane fibreuse, enclavée entre le rond pronateur et le long supinateur. L'artère radiale passe au devant d'elle. On commence l'énucléation de la masse. On s'aperçoit alors qu'elle s'étend jusque sous les muscles de l'espace interosseux : mais à ce niveau il y a des adhérences fibreuses assez fortes, qu'on n'ose détruire avec le bistouri, de peur d'atteindre l'interosseuse. Avec une pince à polypes on enlève les dernières implantations qui sont logées derrière la tubérosité bicipitale du radius.

Pansement avec de la charpie. La plaie est guérie le 20.

Mais la malade s'est aperçue qu'à la partie postérieure de l'avant-bras, vis-à-vis celle qui a été enlevée, existe une tumeur.

Effectivement les muscles de la région sont soulevés par une masse du volume d'un œuf de poule et qui a tous les caractères du lipome enlevé.

L'opération est faite en arrière. On est obligé de poursuivre les restes de lipome sous les muscles et de dénuder le quart supérieur du radius presque circulairement. L'os est revêtu de petits ostéophytes, mais le court supinateur, qui l'enveloppe dans l'état normal, a disparu.

La guérison de la plaie s'effectue normalement. A sa sortie de l'hôpital la malade peut accomplir normalement les mouvements de flexion et d'extension ; la supination et la pronation sont très limitées.

OBS. VI. — *Lipome du pli du coude* (LADROITTE, *Paris méd.*, 1882, p. 205).

La nommée M., Annette, âgée de 40 ans, cuisinière, entre le 15 février à l'hôpital de la Charité, salle Ste-Rose, 5, pour se faire traiter d'une tumeur du coude.

Cette tumeur remonte à plusieurs années. Son début a passé inaperçu, et on ne trouve aucune cause susceptible d'expliquer son apparition. Son développement a été graduel et lent, et actuellement elle se présente avec les caractères suivants :

La tumeur siège à la partie supérieure et antérieure de l'avant-bras droit, un peu au-dessous du pli du coude, en dedans de l'expansion aponévrotique du biceps. Elle présente le volume d'une noix, est indolente à la pression et n'a jamais causé qu'un peu de gêne à la suite des mouvements répétés du membre. Elle est arrondie, de forme régulière, sans apparence de lobules. Située sous la peau, elle n'adhère nullement à celle-ci, mais est unie au contraire aux parties profondes par une sorte de pédicule qui semble s'enfoncer vers les interstices musculaires de la région.

Son adhérence, en effet, augmente quand on fait contracter les muscles de l'avant-bras. Par cette même manœuvre, sa consistance qui au repos est *uniforme, élastique*, assez *ferme*, augmente encore ; elle paraît plus tendue et très dure.

Elle est d'ailleurs irréductible et ne présente aucune fluctuation. La transparence est évidente cependant. Les caractères et le siège de la tumeur rendent assez difficile le diagnostic exact de sa nature. On peut avoir affaire, en effet, à un lipome ou à un kyste, soit séreux, soit simple, soit tendineux, soit articulaire, soit même hydatique.

L'absence de battements, d'expansion de souffle, fait éliminer de suite l'idée d'un anévrisme.

Un kyste articulaire présenterait ou aurait présenté à un certain moment une certaine réductibilité.

Les kystes hydatiques sont extrêmement rares dans la région qui nous occupe ; rarement ils sont sous-cutanés, leur développement est plus rapide, on y constate quelquefois un frémissement spécial. L'idée

d'un kyste tendineux s'impose davantage à l'esprit. En effet si on comprime cette tumeur, elle présente une dureté tout à fait caractéristique, analogue à ce qu'on remarque dans les kystes du creux poplité. Cette dureté s'obtient également en faisant contracter les muscles de la région. De plus le pédicule par lequel elle semble être reliée aux parties profondes est aussi en faveur d'un kyste développé aux dépens de la bourse séreuse du tendon du biceps ou d'une autre séreuse inter-musculaire.

Cette tumeur pourrait être aussi un lipome, mais exceptionnel. Elle est très molle et en même temps trop tendue. Il est impossible d'y percevoir cette lobulation caractéristique des lipomes.

Cependant Després fait des réserves en faveur de cette dernière lésion et se trouve conduit ainsi à limiter son diagnostic entre un lipome et un kyste tendineux, en faisant remarquer d'ailleurs qu'il n'existe aucun signe qui permette de se prononcer plutôt dans un sens que dans l'autre et qu'une ponction exploratrice, faite au moment de l'opération qui est la même dans les deux cas, l'extirpation pourra seule indiquer d'une manière certaine de quoi il s'agit.

Rien dans les antécédents ou dans l'état actuel de la malade ne peut faciliter le diagnostic. La malade présente en effet à la fesse un petit lipome de la grosseur d'une noisette ; mais d'autre part elle a eu autrefois une hydarthrose du genou et un kyste poplité et a actuellement encore un kyste multiloculaire de l'ovaire au début.

4^{er} mars. — Au moment de pratiquer l'opération, une ponction avec une aiguille très fine est faite et ne donne lieu à aucun écoulement de liquide.

Le diagnostic de lipome est affirmé.

Une incision permet alors de découvrir la tumeur et fait voir qu'il s'agissait d'un lipome lisse, uni, dur, arrondi, présentant deux parties : l'une superficielle ayant les caractères que nous lui avons assignés, l'autre plus profonde et moins considérable, s'enfonçant à la partie interne du tendon du biceps entre le rond pronateur et les fléchisseurs des doigts et qui expliquait la sensation de pédicule que l'on percevait en palpant la tumeur à l'extérieur et aussi la tension plus considérable qu'on obtenait en la comprimant ou en faisant contracter les mus-

cles de l'avant-bras, cette manœuvre ayant pour résultat de refouler à la superficie la partie profonde du lipome et d'augmenter ainsi sa consistance.

L'opération est terminée rapidement. Le 20 mars, la malade n'a présenté d'autre accident qu'un petit abcès à la partie supérieure de la plaie.

Le 6 mai, elle est à peu près guérie.

OBS. VII.— *Note sur un cas d'hématome du pli du coude* (ECRY, *Soc. de méd. de Nancy*, p. 98, 1883).

Le jeune Fournier, âgé de 5 ans, est tombé le 5 juillet dernier, sans qu'il soit possible de savoir au juste dans quelles conditions ; toujours est-il que l'on m'amène l'enfant à dix heures. L'avant-bras gauche est luxé complètement en arrière sur le bras ; le gonflement est modéré, le bras dans une position intermédiaire entre la flexion et l'extension. La luxation est facile à réduire ; aussitôt après, les mouvements communiqués sont possibles, indolores, l'exploration montre que les surfaces articulaires sont parfaitement en contact. Application d'un bandage roulé et de compresses résolutives.

Le 7, le blessé ne souffre pas, le gonflement est modéré, il est facile de se rendre compte des saillies et enfoncements osseux.

Le 9, rien de particulier.

Le 10, même état ; l'enfant très turbulent court dans la rue, n'éprouve aucune souffrance ; ecchymose peu étendue à la région du pli du coude.

Le 12, nouvel examen, rien de particulier ; le gonflement diminue ; l'enfant pour prouver qu'il ne souffre pas fait exécuter à son avant-bras, en s'aidant de l'autre main, des mouvements de flexion et d'extension, que je lui défends de renouveler.

Le 13, septième jour de l'accident, la mère s'aperçoit que l'enfant a dans le pli du coude une grosseur molle, indolore.

Le 17, je constate que le gonflement général du coude n'a pas augmenté depuis le 12 ; l'enfant dit n'être pas tombé, ne s'être pas servi de son bras. Au-dessous du pli du coude, je sens une tumeur de la grosseur d'une noix, irrégulièrement arrondie, presque triangulaire, un

peu bosselée, de consistance inégale, presque cartilagineuse par places. Cette tumeur est facile à délimiter en bas et sur les côtés, moins facile en haut où elle fait corps avec le muscle brachial antérieur. Cette tumeur est logée manifestement sous le tendon et l'expansion aponévrotique du biceps ; le paquet vasculo-nerveux passe au devant d'elle. Elle descend jusqu'au niveau de l'interligne articulaire et se trouve placée exactement au niveau de la fossette coronoïde de l'humérus ; sa hauteur est d'environ deux travers de doigt ; elle est mobile, et assez facile à déplacer latéralement, mais non de haut en bas. Les mouvements de l'avant-bras sont très restreints, la flexion et l'extension sont gênées par la tumeur, que j'attribue à un épanchement sanguin dans l'épaisseur du muscle brachial antérieur.

Le 20, pas de changement.

Le 26, pas de changement.

Le 28. — L'avant-bras est dans une position intermédiaire à l'extension et à la flexion ; celle-ci peut aller presque jusqu'à l'angle droit. La tumeur a une consistance inégale, très dure, comme osseuse par places, principalement sous le tendon du biceps ; les saillies olécraniennes, épicondyliennes, épitrochléennes sont facilement explorables ; de ce côté rien de particulier ;

Le 3 août, même état. L'extension ne peut être complète ; la flexion dépasse peut-être un peu l'angle droit ; l'enfant ne souffre pas.

Le 17, diminution notable ; la main touche presque l'épaule dans le mouvement de flexion.

J'arrive au 3 septembre, deux mois après l'accident et cinquante-deux jours après l'apparition de la tumeur, celle-ci a complètement disparu ; les mouvements sont libres et faciles.

Obs. VIII. — *Hématomes du pli du coude. Luxation du coude gauche en arrière. Réduction. Epanchement sanguin considérable. Persistance d'une tumeur hématique au pli du coude. Guérison* (CHARVOT, *Cong. fr. chir.*, 1892, 213-226).

H., soldat, tombe sur la main, qui un instant supporte tout le poids de son corps. Douleur assez vive dans le coude gauche. Impotence fonctionnelle du bras. Réduction de la luxation le soir même de l'acci-

dent, le membre est immobilisé dans une écharpe. Les douleurs sont assez vives pendant quelques jours, puis disparaissent. Les mouvements reviennent progressivement bien que limités. Le coude reste tuméfié et de grandes plaques ecchymotiques bleuâtres, puis jaunâtres, apparaissent au côté antéro-interne du coude et de la partie inférieure du bras.

Le 1^{er} novembre, ce soldat est parfaitement guéri mais il conserve au pli du coude, une tumeur hématique facile à reconnaître au milieu des tissus. Le coude a repris son aspect à peu près normal. La région antéro-interne semble légèrement bosselée par une tumeur profonde qui soulève le tendon du biceps et efface la gouttière située normalement à son côté interne. Les doigts sentent distinctement, en ce point, une masse dure, à contours diffus, occupant profondément le pli du coude, au devant de la fosse coronoïdienne, et s'allongeant surtout du côté interne du bras, vers l'épitrôchlée. L'avant-bras mis en flexion sur le bras et le brachial antérieur ainsi complètement relâché, on peut empoigner solidement la tumeur, lui imprimer des mouvements de latéralité et reconnaître qu'elle occupe l'épaisseur de cette portion inférieure du brachial qui passe au devant de l'article pour aller s'attacher au bec coronoïdien. L'exploration n'est pas douloureuse.

La flexion complète de l'avant-bras sur le bras n'est pas possible. L'extension complète est aussi impossible.

4 décembre. — Les mouvements d'extension et de flexion ont gagné, Le volume de l'hématome est moindre et se sent plus distinctement. H... part en convalescence.

OBS. IX. — *Luxation du coude droit en arrière par chute de cheval. — Réduction immédiate. — Gonflement notable du coude. — Persistance d'une tumeur hématique. — Guérison* (CHARVOT, *Eod. loco*).

P..., soldat, tombe de son cheval le 13 juin 1887, sur la main droite. Il se fait une luxation qui est réduite sans violence.

Le lendemain, signes d'un épanchement sanguin considérable occupant le coude et la portion inférieure du bras. Les doigts, en pétrissant

le coude, éprouvent une sensation nette de crépitation sanguine. L'avant-bras est immobilisé à angle droit dans une écharpe.

Le 17 juin, le coude reste à peu près le même. Massages et assouplissements quotidiens.

Le sang épanché se résorbe progressivement, l'on assiste à la formation d'un caillot sanguin, dans la portion inférieure du brachial antérieur.

Le 26 juin, presque plus rien d'apparent à la vue. A la partie antérieure du pli du coude, au devant de la fosse coronoïdienne une tumeur pâteuse, indurée par places, mamelonnée à contours déjà nets, grosse comme un œuf de pigeon aplati, occupant exactement la portion inférieure du brachial antérieur. Dans la flexion elle est mobile latéralement, immobile dans l'extension. Au devant, passe librement le tendon du biceps et le paquet vasculo-nerveux n'est pas comprimé. Les mouvements du coude sont fortement limités. L'extension complète est impossible et la flexion ne dépasse pas l'angle droit.

26 juillet. — Depuis un mois le volume a beaucoup diminué et augmenté de consistance.

Il ne présente plus aujourd'hui qu'une masse grosse comme une petite noix, formée de deux noyaux accolés, durs et mamelonnés. La flexion permet le déplacement de la tumeur ; elle s'immobilise toujours dans la flexion.

L'homme est renvoyé à son corps le 10 août 1887.

Obs. X. — *Luxation du coude gauche. — Réduction immédiate. — Epanchement sanguin considérable. — Persistance au pli du coude, d'une tumeur hématique* (CHARVOT, *eod. loco*).

B., soldat, tombe de mulet sur la main gauche, l'avant-bras à demi fléchi et en pronation complète. Douleur vive dans le coude gauche et un craquement est perçu. Il existe une luxation complète du cubitus en arrière. Réduction facile.

Le lendemain 13 décembre 1888, tuméfaction énorme du coude, de l'avant-bras, du bras, due à un épanchement de sang dans l'articulation et le tissu cellulaire. En cherchant à étendre l'avant-bras on ré-

veille des douleurs très vives et l'on sent le biceps se tendre comme une corde.

Pendant la seconde quinzaine de décembre, la tuméfaction disparaît, sauf au côté interne du bras.

15 janvier. — L'hématome du pli du coude est manifeste. Chaque jour, il se rétracte et durcit. L'empâtement général du membre a complètement disparu, les tissus sont redevenus souples, faciles à explorer, et l'on sent nettement, à la partie interne du coude, une tumeur de la grosseur d'une noix, mamelonnée, presque ligueuse. Le paquet vasculo-nerveux est légèrement dévié en dedans. Dans la flexion on peut saisir la tumeur et la déplacer latéralement. Elle n'est plus mobilisable dans l'extension. La flexion et l'extension complètes sont impossibles. On sent qu'un obstacle mécanique limite ces mouvements. Dans la flexion de l'avant-bras sur le bras, le bec de l'apophyse coronoïde ne peut venir se loger dans la cavité coronoïdienne en partie comblée par l'hématome.

15 février. — L'hématome a diminué de volume en augmentant encore de consistance. Aujourd'hui c'est une petite tumeur, dure comme du bois, occupant manifestement le ventre charnu du brachia-antérieur.

L'homme sort le 17 février.

OBS. XI. — *Luxation du coude droit survenue à la suite d'une chute. — Réduction immédiate. — Vaste épanchement sanguin; persistance au pli du coude, d'une tumeur hématique. — Guérison* (CHARVOT, *eod. loco*).

8 septembre. — L..., cavalier, glisse et tombe sur le talon de la main qui reçoit tout le poids du corps. Luxation du coude droit, réduction immédiate.

Quelques heures après l'accident, le membre supérieur droit est le siège d'un gonflement, étendue du poignet à l'aisselle. Empâtement mollassé surtout au pli du coude. Extension et flexion possibles mais douloureuses.

Dix jours après, la tuméfaction est localisée au pli du coude, qui

reste le siège d'un empatement diffus, mais d'une consistance déjà plus dure.

Les mouvements du coude sont plus faciles, mais encore incomplets, surtout la flexion qui se trouve arrêtée par l'hématome. Massages, mouvements communiqués.

Dans la seconde quinzaine de septembre la tumeur fond rapidement, mais en se rétractant le caillot augmente de consistance.

Octobre. — On ne sent plus que quelques noyaux indurés siégeant au fond de la région antéro-interne du pli du coude, au niveau de la cavité coronoidienne. Légèrement mobiles latéralement, ils sont peu appréciables dans la flexion, ils saillent dans l'extension et ne peuvent plus être déplacés.

Mouvements du coude faciles, pourtant la flexion est incomplète.

Le malade sur sa demande reprend son service le 6 octobre.

OBS. XII. — Analogue à la précédente. — Même marche rapide vers la guérison de l'hématome produit au coude droit.

OBS. XIII. — *Luxation irréductible du coude gauche en arrière.* — *Hématome du pli du coude.* — *Ankylose du coude dans l'extension.* — *Traitement mécanique.* — *Fonte de la tumeur sanguine.* — *Rétablissement d'une partie des mouvements de flexion* (CHARVOT, *eod. loco*).

M..., soldat, tombe sur la main fléchie sur l'avant-bras et seule la région dorsale du poignet supporte le poids du corps.

Douleur vive au pli du coude, gonflement énorme. La luxation produite n'est diagnostiquée que 25 jours après l'accident.

Deux tentatives de réduction restent inutiles.

25 septembre. — Le malade porte au pli du bras une grosse masse pâteuse et déjà dure à surface mamelonnée, à contours diffus. Elle est collée à la face antérieure de l'articulation et est immobile en tous sens. Certains points ont la dureté de l'os. Aussi a-t-on cru un instant à la fracture de l'épitrôchlée. Mais au niveau de cette saillie, il n'y a pas de dépression. Le diagnostic est rendu plus certain, en enfonçant une forte épingle dans la partie la plus saillante de la tumeur. Il est

senti distinctement que l'épingle traverse un corps de consistance de corne.

Immobilisation dans l'extension complète. La flexion et à peine possible. Pronation et supination assez faciles.

Troisième tentative inutile de réduction le 11 octobre.

Un mois après existe une modification assez marquée dans la constitution anatomique du coude. Le caillot sanguin a diminué de volume, mais il est plus dur et sa consistance rappelle celle du cartilage, même celle de l'os. Immobilité toujours complète de la tumeur qui semble collée à la face antérieure de l'article. Les mouvements de flexion sont sensibles mais peu accentués.

Massages quotidiens, flexion forcée du coude. Fin décembre, la flexion, atteint la moitié de l'angle droit. L'hématome est gros comme un petit œuf aplati et très dur, occupant la limite inférieure du V bicipital dans laquelle il s'enfonce jusqu'à l'os.

Aucune amélioration en janvier et février. L'hématome toutefois n'est plus gros que comme une aveline en mars. Il est très dur et siège sur le trajet du médian. Névrite légère probable de ce tronc : car chaque fois que l'on vient à palper la tumeur, on réveille une douleur très vive qui s'irradie jusqu'au bout des doigts en suivant le trajet du médian.

M... quitte l'hôpital le 15 mars, après avoir été réformé.

Obs. XIV. — *Entorse du coude gauche. — Hématome du pli du coude. — Gène des mouvements de flexion* (JEANMAIRE, *eod. loco*).

21 décembre. — M..., soldat, glisse et tombe en avant le bras gauche étendu. Gonflement immédiat du coude.

1^{er} janvier. — M... entre à l'hôpital, le gonflement du coude a disparu, les rapports des surfaces articulaires sont normaux. Dans le pli du coude, il y a une tumeur arrondie, avec quelques bosselures, elle est grosse comme une noix. Elle occupe la partie interne et la portion brachiale du pli du coude. Elle est mobile latéralement et ne semble avoir aucune connexion, ni avec l'humérus, ni avec l'articulation. Située sous le biceps, dont le tendon passe au devant d'elle cette petite tumeur soulève un peu l'artère humérale.

L'extension est presque complète, la flexion ne dépasse pas l'angle droit.

L'hématome ordinairement indolore est un peu sensible à la pression et le malade a quelques élancements douloureux. Frictions à l'alcool camphré, massage.

Le malade part en convalescence.

A son retour le 26 février, il existe encore, quand le bras est étendu, une légère saillie à la partie antéro-interne du coude. On retrouve la tumeur qui a pris une dureté osseuse. Elle mesure environ 3 cm. 1/2 de large sur 4 de longueur ; sa forme est celle d'une grosse olive à surface mamelonnée. On insinue facilement le bout de l'index entre la tumeur et l'épitrachée. Mobile transversalement elle ne peut être déplacée de haut en bas. Extension imparfaite, flexion arrêtée à 45°. Quelques fourmillements dans les deux derniers doigts. Les culs-de-sac sont libres.

Obs. XV. — *Ostéome musculaire, opération, guérison* (BOPPE, *Archiv. de Méd. mil.*, 1892, p. 127).

F..., jeune soldat, sans antécédents pathologiques d'aucune sorte, fait une chute sur la paume de la main, le bras étendu. Il ressent une vive douleur au coude. Ecchymose et gonflement considérables, depuis le milieu du bras jusqu'au poignet. Ni fracture, ni luxation.

Dix jours après, la tuméfaction avait disparu, sauf au pli du coude, où l'on percevait une masse dure du volume d'un petit œuf. Cette grosseur diminua légèrement en même temps que sa consistance augmentait.

Révsulsifs, massages, compressions furent inefficaces et F... fut envoyé à l'hôpital.

Au pli du coude sur la partie antéro-interne du V bicipital, on trouve une tumeur dure, ovoïde, mesurant environ 4 centimètres de long sur 2 1/2 de large, recouverte par la partie inférieure du brachial antérieur avec lequel elle semble faire corps.

Si l'on cherche à apprécier sa consistance au moyen d'une aiguille on reconnaît que celle-ci vient se heurter contre une masse osseuse.

Les mouvements de flexion de l'avant-bras sur le bras ne peuvent

dépasser l'angle droit. Pas de douleur, tant quand on exagère la flexion ou que l'on comprime la tumeur.

Le malade demande à être débarrassé.

L'opération est pratiquée le 17 avril. La tumeur est mise à nu par incision des téguments et division du brachial antérieur. A la partie profonde de celui-ci se trouvait l'ostéome qui reposait sur l'apophyse coronoïde sans y adhérer. En essayant de saisir la tumeur avec une pince elle s'écrasa et je fus obligé de l'enlever par petits fragments.

Le 8^e jour, la réunion était complète, mais le malade auquel on avait enlevé la gouttière qui immobilisait son membre, se livra à des mouvements qui rompirent la cicatrice, ce qui retarda de 15 jours la guérison. Au moment de sa sortie, F... plie facilement le bras et n'éprouve ni gêne, ni douleur au pli du coude où l'on ne perçoit aucune saillie anormale.

Examen de la tumeur. — Le grand nombre des fragments n'a pas permis de reconstituer exactement la forme de l'ostéome qui semble être celle d'une grosse amande. Examiné au microscope, on constate qu'il est formé par des corpuscules osseux et par de nombreuses cellules à noyaux volumineux.

Obs. XVI. — *Deux cas d'hématome du pli du coude* (FERRON, *Communication à la Soc. d'an. et de phys. de Bordeaux*, 1889, p. 225).

Le 15 novembre, deux soldats tombent, en jouant à saute-mouton, et se font une luxation du coude en arrière, réduite peu d'instant après.

Le 16, ils entrent dans mon service. Infiltration sanguine étendue à tout le membre supérieur atteint par le trauma.

Dix jours plus tard, l'épanchement général a disparu à peu près complètement chez l'un d'eux, qui présente en avant de l'épitrôchlée une tumeur ovoïde dure, mobile, sous-aponévrotique, à peine appréciable le 16 décembre ; à cette date, il n'existe plus, en effet, qu'une gêne relative des mouvements de l'article, avec empâtement peu marqué de la partie antérieure du coude.

Chez le second blessé, l'empâtement du bras persiste, les mouvements de flexion et d'extension sont très limités et douloureux.

A la région antéro-inférieure du bras existe une tumeur grosse comme un œuf de dinde, inégale, présentant une dépression médiane et deux gros noyaux latéraux d'une dureté osseuse. Sur le noyau interne plus volumineux on sent battre l'artère humérale et l'on rencontre le nerf médian déjeté en dedans ainsi que l'artère.

La tumeur peut être déplacée latéralement, elle remonte dans les mouvements de flexion de l'avant-bras et ne paraît avoir contracté aucune adhérence dans la profondeur. Le diagnostic d'hématome du brachial antérieur résultant de la déchirure de ce muscle est porté.

Immobilisation, massage méthodique trois fois par jour et cependant la résolution de l'épanchement sera longue à venir. Il y a même lieu de se demander si elle se fera complètement, si l'on ne doit pas craindre une transformation cartilagineuse ou même osseuse de cette masse et si un jour ne surgira pas l'indication d'intervenir à main armée.

Le 19 mai 1890, sous l'influence du massage, la tumeur a un peu diminué, elle est encore grosse comme un œuf de poule, d'une consistance pierreuse, excavée à sa partie postérieure où elle se moule sur l'humérus et creusée en avant d'une gouttière où passe le paquet vasculo-nerveux du pli du coude. Des mouvements de flexion et d'extension ne sont pas encore complets. Dans ces positions extrêmes, le malade accuse une douleur assez vive.

OBS. XVII. — *Hématome du pli du coude consécutif à une luxation* (FERRON, *Soc. d'an. et de phys. de Bordeaux*, 1890, p. 59, Résumée).

Le 17 décembre, un jeune cavalier s'est fait en tombant de cheval une luxation du coude droit réduite aussitôt. Infiltration sanguine considérable de tout le membre supérieur.

Massage, compression méthodique avec immobilisation. L'infiltration a disparu le huitième jour. Alors apparaît dans la région interne du coude une tumeur s'avancant jusqu'à la ligne médiane de la région.

Elle fait saillie dans l'extension aujourd'hui (27 janvier), mesure 7 centimètres de longueur. Ovoïde, à grosse extrémité inférieure, elle présente une consistance ligneuse et offre à sa partie médiane une

gouttière où reposent les vaisseaux et le médian. Pas de douleurs à moins qu'on ne la presse avec violence, mobilisable sur les parties profondes en dedans et en dehors en donnant la sensation de frottement ; elle suit dans la flexion de l'avant-bras, le brachial antérieur. L'extension est presque complète, mais la flexion limitée à l'angle droit.

OBS. XVIII. — FOURCAUD, *Ostéome du pli du coude*. — *Communication à la Soc. d'an. et de phys. de Bordeaux*, 1892, p. 82.

Il s'agit d'un malade qui, à la suite d'une contusion du coude, a vu se développer, au-dessous de l'interligne articulaire, une tumeur très dure, immobile, adhérente à l'os. Au-dessus d'elle s'en trouve une seconde qui se prolonge derrière le tendon du biceps. Pas de troubles fonctionnels autres qu'une gêne légère de pronation. Ni syphilis, ni alcoolisme.

MM. Vergely et Ferron croient la première tumeur fixée à l'extrémité supérieure du radius dont elle suit les mouvements. Certains hématomes ont la même dureté, mais ils n'adhèrent pas à l'os.

M. Lagrange pense qu'il ne saurait y avoir de doute sur ces tumeurs. La première est située au niveau de l'insertion tendineuse du biceps, elle résulte de l'irritation osseuse déterminée par les tractions du tendon et rentre dans la classe des ostéomes. La seconde doit à sa nature fibro-cartilagineuse un semblant de mobilité. Il ne s'agit en effet ni d'un ostéosarcome ni d'une myosite ossifiante.

OBS. XIX. — *Luxation du coude en arrière ; épanchement sanguin considérable ; persistance à la partie interne du pli du coude d'une tumeur de consistance cartilagineuse paraissant faire corps avec l'extrémité inférieure du brachial antérieur* (ANNEQUIN, *Dauphiné méd.*, p. 25, 1892).

Le 3 décembre 1891, X., jeune soldat, se fait une luxation du coude gauche en arrière. Réduction immédiate. En raison du gonflement énorme, traitement par immobilisation, compression ouatée et séance quotidienne de massage. La douleur et l'impotence fonctionnelle disparaissent rapidement. Les masses pâteuses, que les doigts percevaient profondément, disparaissent en moins de dix jours, sauf au pli du

coude, où persiste une induration profonde, dont les limites d'abord diffuses, deviennent très nettes vers le vingtième jour et dont la consistance s'accroît progressivement.

Trente-slx jours après l'accident, on constate à la partie interne et supérieure du pli du coude une tumeur allongée, irrégulière, excessivement dure, mesurant 7 centimètres de hauteur, 6 de largeur, 3 à 4 d'épaisseur, dont l'extrémité inférieure descend jusqu'à l'insertion du brachial antérieur et qui paraît faire corps avec ce muscle. Pendant la flexion de l'avant-bras, cette tumeur est latéralement très mobile et se détache très facilement du tendon du biceps, qu'elle ne dépasse pas en dehors. Pendant l'extension elle est fixe et fait une saillie notable à la partie interne et supérieure du pli du coude. Pendant les mouvements alternatifs de flexion et d'extension elle se ment de bas en haut avec un bruit de frottement. La palpation modérée n'est pas douloureuse. Sa consistance uniforme est celle du cartilage. Sur la face antéro-externe, il existe un sillon au fond duquel on sent battre une artère, dont la compression arrête immédiatement le pouls radial et cubital. Dans le même sillon on perçoit le tronc du médian. Il n'existe pas de gêne de la circulation.

La force musculaire est diminuée surtout au point de vue de la flexion. Le membre se fatigue rapidement; mais les mouvements ne sont pas douloureux. Le malade éprouve quelques fourmillements dans l'extension forcée. Il n'existe pas de troubles de la sensibilité. L'extension de l'avant-bras est à peu près normale : sa flexion est mécaniquement limitée par la tumeur contre laquelle vient buter le cubitus. Les saillies du coude ont leurs dimensions et leur rapport normaux. Le blessé est vigoureux avec des antécédents héréditaires et personnels excellents.

Le diagnostic porté fut : tumeur inflammatoire traumatique de l'extrémité inférieure du brachial antérieur, analogue aux indurations et ossifications qui se développent chez les cavaliers à la racine de la cuisse.

OBS. XX. — *Hématome du pli du coude* (MAURANGE, *J. de méd. de Bordeaux*, p. 151, 1890-91).

D..., 37 ans, charretier, entre à l'hôpital le 11 janvier pour impotence fonctionnelle du bras gauche.

Le 21 décembre dernier, il est tombé de sa charrette sur la paume de la main. Il ressentit immédiatement une vive douleur et perdit connaissance. On le transporta dans une pharmacie où, paraît-il, on réduisit une luxation du coude; on le ficela consciemment, si bien qu'il ne put supporter le bandage qui fut appliqué.

Un gonflement énorme se produisit consécutivement, son bras devint tout noir, mais l'épanchement de sang qui se produisit rétrocéda rapidement, et disparut complètement.

A ce moment, le malade voulant commencer à faire jouer son articulation malade, s'aperçut qu'il avait conservé une gêne considérable des mouvements. La flexion était pour ainsi dire nulle et douloureuse. Après quelque temps, ne voyant aucune amélioration il se décida 21 jours après l'accident à venir à l'hôpital.

Là nous constatons, dans le pli du coude, à la partie supérieure et interne de la région, l'existence d'une tumeur vaguement irrégulière, d'une dureté cartilagineuse, du volume d'un gros œuf de poule environ. Sa consistance est régulière, pas de points ramollis ou fluctuants. La tumeur paraît être en connexion intime avec le muscle brachial antérieur dans la contraction duquel elle est fixée. En dehors de cette circonstance, elle est mobile latéralement sur l'humérus et on peut même lui imprimer de légers mouvements dans le sens vertical. Elle est donc absolument indépendante du plan osseux au devant duquel elle est appliquée.

L'artère humérale bat au devant d'elle et sur son côté interne. La tumeur ne présente pas de battements ni de mouvement d'expansion; à son niveau on n'entend aucun bruit de souffle.

La sensibilité est conservée et tous les muscles de la région se contractent aisément.

La santé du malade est restée bonne. Cependant le malade est en

pleine période de syphilis secondaire (roséole, plaques muqueuses, engorgement ganglionnaire).

Nous pensons à un hématome du pli du coude.

Quelques jours d'observations nous ont permis de vérifier notre diagnostic. Sous l'influence du traitement antisypilitique qui a mis le malade en de meilleures conditions, et d'un massage méthodique, la tumeur s'est réduite d'un tiers, en même temps que sa consistance s'est accrue. Aujourd'hui, 39 jours après l'accident, nous n'avons plus qu'une tumeur oblongue, du volume d'un petit œuf de pigeon, située le long du tendon du brachial antérieur. Les inégalités de sa surface se sont accentuées et les mouvements de l'articulation jusque-là impossibles, ont déjà une étendue suffisante.

Obs. XXI. — *Tumeur de la région du pli du coude.* — *Suite de traumatisme violent de la région* (Obs. de l'hôp. mil. de Malines. HANQUET, *Archiv. méd. belges*, 1887, p. 29, Résumée).

Dans la matinée du 21 octobre 1885, le soldat G...s'exerçait à sauter à cheval ; comme il n'y parvenait pas aisément le maréchal des logis l'aïda en le poussant par les jambes, mais G... glissa de l'autre côté du cheval et tomba de tout son poids sur le coude gauche.

Au moment de la chute il ressentit une violente douleur dans le coude ; il se releva lui-même. Il fut constaté que l'avant-bras était en demi-flexion et en pronation, le redressement du membre était devenu impossible, et de plus une forte saillie anormale existait en arrière de l'articulation. L'os est remis en place par un sous-officier. Le malade est envoyé à l'hôpital le 23.

Toute la région du coude gauche ainsi que les parties avoisinantes sont considérablement gonflées. Une large ecchymose s'étend à la face interne du coude et remonte sur le bras. Le membre est très douloureux à la pression, d'une température un peu plus élevée que la normale : l'extension complète est possible, de même que la flexion à angle droit, la pronation et la supination.

Rien d'anormal à la palpation. Aucune saillie à la région antérieure du pli du coude. On n'a plus affaire pour le moment qu'à une violente contusion du coude.

Massage et légers mouvements prescrits chaque jour, repos du bras dans la demi-flexion.

Ce traitement dure une dizaine de jours, et le membre revient à son volume normal. Tous les mouvements sont possibles : la flexion seule de l'avant-bras sur le bras ne peut être portée plus loin qu'à angle droit.

Le 15 novembre le médecin principal est frappé en palpant le pli du coude, de constater à ce niveau l'existence d'une petite tumeur située profondément dans la région et qui présente les caractères suivants.

Elle est dure, immobile, grosse comme un marron, arrondie, profondément placée, à peu près à égale distance de l'épithrochlée et de l'épicondyle et immédiatement au-dessus de la ligne articulaire. Cette tumeur est très adhérente à l'humérus sous-jacent. Elle est en rapport en dehors avec le tendon du biceps qui glisse sur sa partie externe, en dedans avec l'artère humérale et le nerf médian. La pression à son niveau est plus douloureuse que dans les autres endroits. La présence de cette tumeur explique pourquoi l'avant-bras ne peut plus être porté dans la flexion exagérée.

La tumeur est attribuée à un épanchement sanguin résultant de la déchirure des parties molles qu'a produite la luxation. Le sang épanché s'est concrété, durci, et c'est le reliquat de cette hémorrhagie qui forme la tumeur.

Le sujet est tenu en observation à l'hôpital jusqu'au 6 décembre et pendant tout ce temps la tumeur n'a pas varié ni de caractère ni de dimensions.

Le malade se représente à la visite le 1^{er} janvier dernier ; mais cette singulière production ne paraissait pas avoir subi de modification sensible, sinon peut-être une légère diminution d'épaisseur. Les mouvements de flexion exagérée restent entravés et l'extension complète est même douloureuse, vraisemblablement par le fait de la compression des filets nerveux que produit le tendon du biceps en pressant sur la tumeur.

OBS. XXII. — *Anévrysme* (PELLETAN, *Clinique chirurgicale*, p. 4).

Le 21 juin 1799, il se présente à l'Hôtel-Dieu un homme âgé de 54 ans.

Mauvaise constitution. Chagrins antérieurs par suite de la perte de sa fortune. Privations consécutives. Le malade tousse et ne peut se tenir que couché sur le côté droit. Il soutenait ordinairement sa tête avec la main droite, l'avant-bras fléchi sur le bras et c'était dans cette position qu'il supportait les accès fréquents de toux.

Cet état durait depuis 2 ou 3 mois, quand, à la fin du mois de mai, il s'aperçut d'un gonflement au pli du bras. L'engorgement entoura bientôt l'articulation, devint douloureux, se propagea le long du bras et de l'avant-bras. Il y avait une tache gangréneuse au pli du bras et par une crevasse qui s'y était faite, il était sorti, au dire du malade, une grande quantité de pus.

La tumeur offrait l'aspect d'un phlegmon. Fluctuation profonde, fortes pulsations d'une tumeur anévrysmale.

Compression de l'artère humérale le bras élevé. Les battements cessent dans la tumeur. Incision de 5 à 6 pouces au milieu de laquelle se trouvèrent le pli du bras et l'eschare gangréneuse. Sortie d'une grande quantité de caillots.

En introduisant le doigt, il est manifeste que le sang s'est épanché de tous côtés, soulevant le biceps, écartant les muscles qui s'attachent aux tubérosités interne et externe de l'humérus, et a pénétré jusqu'au milieu du bras et de l'avant-bras.

Ligatures de l'artère. Suppuration, prolongement de la plaie. Dix jours après l'opération hémorrhagie abondante. Ligature des artères. L'hémorrhagie s'arrête, mais le malade épuisé meurt.

A l'autopsie, on trouva l'artère humérale ossifiée dans tout le trajet qu'elle parcourt sous la bande aponévrotique qui est continue au tendon du biceps ; l'ossification s'étendait jusqu'à la cubitale et c'était le long de ce trajet qu'il existait une longue déchirure. La ligature supérieure, faite lors du renouvellement de l'hémorrhagie, n'avait pas rapproché complètement les bords de l'artère, l'inférieure n'avait pas rencontré les limites de la déchirure.

Obs. XXIII.— *Anévrysme spontané de l'humérale au pli du coude*
(BOECKEL, *Gaz. méd. de Strasbourg*, p. 78, 1877).

G. K..., âgée de 25 ans, entre le 13 novembre 1877 à l'hôpital, pour une tumeur du pli du coude droit, datant de 5 semaines. Le début de son affection fut brusque et marqué par des douleurs assez vagues dans l'avant-bras s'irradiant jusqu'à l'extrémité des doigts. Ces symptômes prirent bientôt une telle intensité que K..., dut suspendre ses travaux. Il est traité en dehors de l'hôpital, sans qu'il fût posé de diagnostic précis, environ pendant quinze jours. Huit jours plus tard, le confrère traitant constatait au pli du coude la présence d'une tumeur pulsatile. En quelques jours elle atteignit le volume d'une pomme d'api : elle était animée de battements isochrones au pouls. Le doute n'était plus permis. On se trouvait en présence d'un anévrysme spontané, caractérisé, outre les battements, par un bruit de souffle.

Notre confrère nous adressa son client, le 18 novembre.

La tumeur occupe la région du pli du coude droit ; elle remonte à deux travers de doigts au-dessus de l'épitrôchlée et s'étend à six centimètres au-dessous de cette éminence. Elle est un peu moins développée du côté externe du bras, tout en marquant néanmoins l'épicoudyle. La circonférence du membre, au niveau du pli du coude, mesure 30 centimètres ; du côté sain elle n'a que 24 centimètres.

Battements isochrones au pouls dans toute l'étendue de la tumeur. Par la palpation, on constate en outre un mouvement d'expansion très ample avec thrill. Bruit de souffle.

Peau normale, coloration et température au niveau de la tumeur normales. Empâtement léger de l'avant-bras et de la main. Battements de la radiale plus faibles à droite qu'à gauche. La compression de l'humérale abolit tout battement et tout bruit de souffle.

La compression digitale et le tourniquet ayant échoué avant que nous n'ayons vu le malade, nous pratiquons la ligature de l'humérale.

L'opération est faite le 2 novembre, et le malade guérit. Il reprend ses travaux au mois de février.

OBS. XXIV. — *Large anévrysme spontané de l'artère cubitale*
(BOECKEL, eod. loco).

Antoine P..., 35 ans, mécanicien, entre à l'hôpital le 18 décembre 1876.

Il y a trois mois, pendant son travail, sans avoir fait d'effort particulier, il ressentit dans le coude droit des douleurs intermittentes très violentes, revenant tous les jours à la même heure. Quelques doses de sulfate de quinine administrées dissipèrent la névralgie, mais laissèrent subsister un sentiment d'engourdissement et de pesanteur dans le membre. Cependant à ce moment on n'avait perçu aucun changement de forme ou de volume du bras, et ce n'est que deux mois plus tard que P... sentit en haut de l'avant-bras une tumeur du volume d'une noix. Celle-ci se développa rapidement, au point de gêner les mouvements du membre, mais sans causer grande douleur. Vers le milieu de décembre le malade put reprendre ses travaux.

Etat actuel. — A la partie supérieure et antérieure de l'avant-bras, on constate une tumeur volumineuse, faisant une certaine saillie entre les masses musculaires, descendant de l'épitrachée et de l'épicondyle. Elle est ovoïde, commence à un travers de doigt au-dessous du pli du coude et descend jusque vers le milieu du membre ; son diamètre longitudinal est à peu près de 9 centimètres, le transversal de 5 centimètres. La circonférence de l'avant-bras est supérieure de 6 centimètres à celle du côté opposé. L'artère radiale descend dans l'intervalle musculaire au devant de la tumeur. Celle-ci est régulièrement arrondie, lisse, non adhérente à la peau, de consistance élastique. Dans sa profondeur existe une sensation de fluctuation assez obscure, mais cependant indubitable. Au reste elle ne présente ni battements, ni souffle, ni expansion, ni frémissement hydatique. La compression de l'humérale n'amène aucun changement de volume apparent. En présence de ces symptômes, le diagnostic reste indécis entre un abcès froid, un sarcome mou, un anévrysme rempli de caillots ou un kyste hydatique.

L'opération est faite le 20 décembre. Entre le long supinateur et le rond pronateur on voit apparaître une poche bleuâtre ; on la ponctionne, et il en sort une masse pulpeuse couleur lie de vin, dans la-

quelle on reconnaît des caillots fibrineux. La poche vidée, on reconnaît qu'elle se prolonge dans l'espace interosseux, que le radius est dénudé dans une certaine étendue, que l'artère cubitale chemine dans la paroi interne de la poche et qu'elle présente une fente allongée.

L'artère est liée au-dessus du sac, puis le sang continuant à couler par un autre vaisseau, probablement une branche récurrente de l'interosseuse, qui se déchire plusieurs fois sous la pince qui la saisit, l'humérale est liée au-dessus du pli du coude.

La cicatrisation est complète après quatre semaines, le malade rentre chez lui et commence à se servir de son bras.

OBS. XXV. — *Anévrysme diffus du coude* (MONTAZ, *Dauphiné méd.*, 1892, p. 38). — Résumée.

Il y a environ quatre mois, entré dans mon service un homme de 55 ans, manoeuvre. Rien dans ses antécédents. Douleur au coude droit, aucune tuméfaction anormale. Les dépressions de la région ont leur configuration habituelle.

L'avant-bras était dans la flexion à angle droit et le biceps contracté, lorsqu'on cherchait à étendre l'avant-bras. Mais dès qu'on s'éloignait on voyait la corde musculaire disparaître. Il s'agissait très évidemment de contractions surtout volontaires. L'articulation était bien un peu enraidie, mais en l'absence de phénomène physique on ne pouvait fonder un diagnostic. Je m'arrêtai à l'idée d'une arthralgie de nature probablement fumistique.

Après un séjour moral mon malade fut renvoyé. Il profita de sa liberté pour s'éclairer des lumières d'un empirique. Celui-ci pratiqua des mouvements brusques d'extension et de flexion qui furent très douloureux. Là dessus le malade revint.

Le coude présentait un gonflement énorme occupant la face antérieure, entre l'articulation et les muscles, les faces latérales et postérieures. Ce gonflement n'occupait pas exactement l'articulation ; il ne rappelait en rien les déformations des arthrites avec épanchements.

Finalement, la tuméfaction paraissait être juxta-articulaire et dépendre surtout des parties molles entourant l'extrémité inférieure de l'humérus.

Il y avait en dedans du coude une région spéciale où le gonflement atteignait son apogée. En certains points la tuméfaction était recouverte d'ecchymoses. Pas de changement de couleur à la peau ; pas de réaction inflammatoire. Mouvements du coude à peu près supprimés et douloureux. Pas de battements de la tumeur, pas de thrill, pas de souffle. Les artères radiale et cubitale battaient distinctement au-dessous, elles étaient dures et sinueuses. Santé générale excellente.

Au point de vue du diagnostic, on pouvait hésiter entre un hématome et un sarcome osseux d'abord latent, mais déchiré et malmené par les manœuvres de l'empirique. En faveur de l'hématome il y avait le mécanisme, la rapidité d'apparition, la présence d'ecchymoses, l'indolence. Quant à la fluctuation, il n'y en avait pas trace. En faveur de l'ostéosarcome il y avait le siège au niveau de la région épiphysaire de l'humérus.

Incision exploratrice au point culminant de la tumeur en dedans du bras, et en avant. Une cavité pleine de liquide est mise à nu. C'était un liquide sanguin noir et très fluide. Il s'en écoula la valeur d'un verre, puis plus rien. Lavage de la poche, tamponnement, pansement légèrement compressif.

Plusieurs heures après l'opération, le pansement était souillé de sang et une véritable stillation sanguine s'était établie. Une compression ouatée est faite par dessus le pansement, le sang s'arrête.

Le surlendemain l'écoulement sanguin avait été insignifiant. Après quelques alternatives d'arrêt et de reprise, je résolus de me rendre compte de la source de cette hémorrhagie. Le malade est endormi, la première incision agrandie.

La poche était considérable, elle siégeait surtout entre la face antérieure de l'articulation du coude et les muscles antérieurs. La face interne de cette poche était tapissée de débris membraneux blanchâtres ; c'étaient des caillots de fibrine.

On voyait le sang sourdre dans un angle de la plaie, profondément situé. Une compression légère en ce point arrêtait l'écoulement.

Je plaçai une pince hémostatique, mais l'écoulement se reproduisit plus loin.

Je songeai à ouvrir la poche et à voir plus nettement les choses.

J'aurais fait des dégâts considérables. Car il ne faut pas oublier que ce suintement se faisait profondément en arrière des muscles brachial antérieur et biceps, au-dessous de l'humérale et du médian. Je terminai en liant l'humérale à quelques centimètres au-dessus de la poche. Tamponnement, pansement compressif.

Jusqu'au lendemain, pas de suintement. Il recommence et devient intermittent.

Pour la troisième fois, le malade est endormi, et je cautérise au thermo-cautère, au rouge sombre, toute la cavité de la poche. La plaie de la ligature faite pour lier l'humérale était réunie, sans avoir suinté.

Nouveau tamponnement, nouveau pansement compressif.

Les jours suivants, mêmes péripéties que précédemment. L'anémie marchait lentement, mais sûrement. Je fis la ligature de l'axillaire. Réunion immédiate.

Les jours suivants, il y eut des périodes assez longues d'arrêt sanguin, mais jamais suppression complète. Tout le membre supérieur était œdématisé. Les doigts étaient chauds et la circulation suffisante, bien que la radiale et la cubitale ne battissent plus du tout.

Le sang revenait de temps en temps ; il suffisait de laver la poche, d'y mettre de nouveaux tampons pour l'arrêter, même pendant quelques jours ; puis le suintement reprenait.

Je proposai l'amputation qui fut acceptée après longue hésitation. Dans une cinquième séance je l'amputais au-dessous des insertions du deltoïde. Guérison en huit jours. Un mois après l'opération le malade a repris ses forces et son appétit. Il se promène.

La biopsie du membre a été faite le jour de l'amputation. La poche a été ouverte très largement et son siège précisé. Elle occupait la face antérieure de l'articulation, puis pénétrait dans la cavité articulaire par une immense ouverture située vers l'olécrâne. Cette poche était donc à la fois extra et intra-articulaire. Elle était constituée dans les régions extra-articulaires par une membrane fibreuse partout tapissée, sur sa face interne, de caillots actifs. Les éléments de l'articulation étaient méconnaissables. A la place de la synoviale on voyait une paroi irrégulière, tomenteuse, recouverte de caillots blancs, lamellaires. Les os présentaient des lésions très profondes. L'extrémité humérale n'avait

plus de cartilage d'encroûtement ; le tissu osseux lui-même a été usé par place ; sur la cupule radiale les lésions sont identiques. Le cubitus présente le maximum d'altération. L'olécrâne a été tellement érodé, comme buriné, qu'il est séparé par une véritable fracture spontanée et qu'il ne tient plus à la diaphyse que par un lambeau de sa coque périostée. Il existe un bon centimètre d'écartement entre les fragments.

Les manœuvres violentes du rhabilleur sont inadmissibles comme causes de ces désordres.

Les artères humérale, radiale et cubitale ne présentent autre chose que de l'athérome. Il est impossible, malgré des recherches attentives, de retrouver le vaisseau source de l'hémorrhagie.

Il n'en est pas moins établi qu'il s'agit d'un anévrysme diffus, probablement primitif, développé aux dépens d'une artériole du coude et remarquable par une persistance vraiment insolite de l'hémorrhagie.

OBS. XXVI. — *Anévrysme spontané du pli du coude chez un cardiaque albuminurique. — Opération. — Guérison de l'anévrysme. — Mort de l'opérée* (PLUYETTE, *Soc. chir.*, p. 509, 1889).

H. B..., 28 ans, présente du côté de son père des antécédents cancéreux, deux frères morts tuberculeux, une mère épuisée avant l'âge. Le malade se plaint depuis le mois de septembre 1887 d'une diarrhée incoercible ; il aurait eu un chancre mou à 20 ans et une pneumonie à 27 ans.

Le 18 novembre 1887, B... fut réveillé le soir, vers cinq heures, par une vive douleur, localisée au pli du coude gauche ; le 20, induration diffuse de toute la région, pouls radial nul, main engourdie, continuation des douleurs. Les jours suivants, la tuméfaction augmente, la peau rougit ; œdème de la main et du bras. Pas de souffle, ni de battement au niveau du coude.

Le malade est vu par M. Pluyette pour la première fois le 2 décembre. Battements artériels exagérés aux artères de la tête et du membre supérieur droit. Il existe en effet une insuffisance aortique. Rien aux poumons ; urines abondantes, mais très albumineuses.

Le coude est tuméfié, rouge sombre et résistant, augmenté considérablement de volume, les mouvements d'expansion appréciables ;

souffle. Tous ces signes disparaissent par la compression de l'humérale. Pas de pouls radial. Le diagnostic d'anévrysme s'impose.

La situation était grave. On place un compresseur sur le bras. Il doit être enlevé au bout d'une heure. Tentative de compression intermittente. La tumeur semble plus dure et il se fait une eschare sur elle. Le lendemain, la rupture de l'anévrysme est imminente.

Le lendemain de ce jour, l'opération est pratiquée sans chloroforme, après application de la bande d'Esmarch. Le sac est ouvert. Le bout supérieur de l'artère lié. On retire du sac 230 grammes de caillots. Le bout inférieur de l'artère ne pouvait être lié, une pince à demeure est laissée.

Le 12. — Accidents de congestion pulmonaire aux deux bases. Ils s'accusent davantage le 20.

Le 24. — Suppuration bleue qui persiste jusqu'à la guérison complète.

Le 24 janvier, le bras est tout à fait guéri, c'est-à-dire après 50 jours. Les accidents cardiaques s'aggravent et le malade succombe le 4 février, deux mois après son opération.

OBS. XXVII. — (LANGTON et BOWBY, *Soc. Royale de Méd. et de Chir. Londres*, 1886).

Malade âgée de 20 ans entrée à St-Bartholomew's Hospital pour une tumeur du pli du coude droit, datant de trois semaines. Dans le creux poplité droit se trouvait une tumeur de même nature qui existait depuis environ un mois.

L'examen du cœur révéla l'existence d'une lésion avancée des valvules aortiques et l'ensemble des symptômes amena Langton à conclure qu'il s'agissait d'anévrysmes multiples.

Traitement par le repos et la compression de l'artère au-dessus du sac. Amélioration temporaire, puis accroissement rapide de la tumeur. La peau qui la recouvrait était tendue, livide. On abandonna la compression et on plaça deux ligatures sur l'humérale qu'on divisa entre deux fils. Cette opération fut suivie d'une diminution du volume de la tumeur qui en outre cessa de battre.

Même traitement pour l'anévrysme poplité et résultat identique.

Six semaines après son entrée à l'hôpital la malade a une attaque d'hémiplégie. Elle meurt au bout d'une quinzaine.

Cœur : Endocardite fongueuse ancienne, ulcérations, végétations.

L'anévrysme du pli du coude était rempli de caillots sanguins. Les parois formées par les tissus environnants plus ou moins sclérosés, sans sac bien distinct. La cavité communiquait avec l'artère humérale par une petite ulcération située immédiatement au-dessus de la bifurcation, la radiale et la cubitale étaient obstruées à leur origine par des embolies calcaires.

Obs. XXVIII. — (POLLOCK, *op. loc.*).

Le malade est un enfant de 14 ans, qui était entré à l'hôpital pour une endocardite ulcéreuse et au bout de trois jours, on vit se développer un anévrysme du pli du coude. L'état général était si grave qu'on dut se borner à une légère compression. Le malade mourut.

Endocardite fongueuse. L'artère dilatée était oblitérée par une embolie au niveau de l'anévrysme.

Obs. XXIX. — *Névrome du médian au pli du coude* (LEBOUCQ, Th. Paris, 1865).

D. J..., 22 ans, repasseuse, entre à Lariboisière le 22 mai 1862. Cette femme présente au bras droit, au niveau de l'articulation du coude, une tumeur du volume du pouce. Quand la malade s'en est aperçue pour la première fois elle avait le volume d'une noisette. Cette tumeur est dure, la peau qui la recouvre a conservé sa couleur et son épaisseur normales et ne lui adhère pas. La malade n'a fourni aucun renseignement qui ait pu éclairer l'étiologie de son affection. Elle a commencé par sentir des fourmillements dans tout l'avant-bras. Ce symptôme a été peu à peu remplacé par des élancements très douloureux au point de faire jeter des cris à la malade et de la réveiller lorsqu'ils survenaient pendant le sommeil. On provoque une douleur encore plus vive lorsqu'on exerce une pression plus ou moins forte sur la tumeur, mais on ne détermine pas de contraction des muscles.

Le diagnostic du névrome est porté par M. Chassaignac et l'opération a lieu le 26 mai 1862. La tumeur ne peut être isolée du nerf mé-

dian avec lequel elle était intimement confondue. Chassaignac ne voulant pas sectionner le médian referma la plaie sans enlever la tumeur. La malade sortit au bout de quinze jours dans le même état qu'à son entrée.

OBS. XXX. — *Tumeur du nerf médian. — Dissection sur cadavre* (JACQUART, *Soc. anat.*, p. 134, 1838).

Il s'agit d'une tumeur du nerf médian développée à 2 pouces au-dessous du coude. Tous les muscles qui reçoivent exclusivement les branches de ce nerf étaient atrophiés, décolorés, réduits à un tissu fibreux. La partie interne du muscle fléchisseur profond qui reçoit en même temps des filets du nerf cubital était rouge à l'état normal, tandis que la portion externe se trouvait décolorée. La portion du court fléchisseur du pouce qui se trouve en dehors du tendon du long fléchisseur était complètement blanche et atrophiée, tandis que la portion interne présentait la rougeur du tissu normal.

OBS. XXXI. — *Sarcome du pli du coude. — Ablation. — Résection de l'artère humérale et du nerf médian* (RENAUT, *J. des sc. méd. Lille*, 1887, p. 272).

Le nommé A..., âgé de 59 ans, ne présente rien à noter au point de vue de ses antécédents héréditaires et a toujours été bien portant. Il y a environ un an et demi, il a eu une luxation de l'épaule consécutive à une chute. Depuis lors, les mouvements de cette articulation sont restés très limités, et les muscles du bras se sont atrophiés progressivement.

Un an après ce traumatisme, c'est-à-dire, il y a environ six mois, apparut au bras gauche, dans la région épitrochléenne, une petite tumeur dure, complètement mobile ne déterminant d'abord ni douleur, ni gêne.

Cette tumeur s'accrut peu à peu et, trois mois environ après son apparition, elle devint douloureuse. Elle avait alors, au dire du malade, le volume d'un petit œuf de poule. Bientôt les douleurs s'irradièrent à l'avant-bras et à la main.

Au commencement de mai 1887, la douleur devenant intolérable et

empêchant le malade de dormir depuis plusieurs jours, celui-ci se présenta au dispensaire du Dr Delassus.

A l'inspection, on observe que l'avant-bras est fléchi sur le bras presque à angle droit, que tout le membre est atrophié et que le pli du coude est complètement effacé par une tumeur qui occupe surtout la partie interne. La main est légèrement en griffe, les doigts sont effilés. La peau de la région malade et de tout l'avant-bras est violacée, légèrement œdématiée.

A la palpation on trouve une tumeur du volume d'une grosse orange; paraissant assez limitée, ayant une forme oblongue à grand axe transversal. Cette tumeur, légèrement lobulée, dure, n'adhérant ni au squelette, ni à la peau, située plus près de la partie interne que de la partie externe du bras, est très douloureuse à la pression, sauf à la partie inféro-externe. Il n'y a aucune déformation, ni déviation des saillies osseuses. Dans l'aisselle où le malade n'avait jamais ressenti de douleurs, on trouve un seul ganglion du volume d'une grosse noisette.

Le malade se plaint d'une sensation de froid et de vives douleurs, s'irradiant dans l'avant-bras, sur toute la zone correspondante au médian, sur le trajet duquel la tumeur est développée et surtout au radial où elles ont une intensité particulière, quoique à la palpation la tumeur paraisse s'arrêter à une certaine distance du trajet de ce nerf. Rien sur le territoire du cubital.

Les mouvements spontanés sont presque nuls, réduits à une flexion de quelques degrés sur l'avant-bras, et à des mouvements limités des doigts.

Les mouvements provoqués sont plus amples : l'extension et la supination sont presque nulles et douloureuses, la flexion et la pronation presque complètes et indolores.

Le poulx radial est conservé, mais plus faible qu'à l'état normal ; l'humérale complètement englobée dans la tumeur est probablement oblitérée. Le poulx cubital est imperceptible.

M. Delassus essaie pendant quelque temps, mais sans succès, le traitement antisiphilitique. Enfin, vers le 15 mai, le malade demanda à être opéré.

Opération. — M. Delassus fait sur le pli du coude, une incision d'en-

viron 15 centimètres il dissèque la peau, et alors, avec le doigt, il circonscrit la tumeur ; mais celle-ci quoique dure, est friable et douée d'une très faible ténacité, aussi est-elle enlevée par morceaux, sans grand effort de traction. On reconnaît alors que le tendon du biceps, l'humérale, le médian font partie de la tumeur, et on voit nettement leur point d'entrée. L'humérale et le médian sont réséqués ainsi que le tendon du biceps ; quand le gros de la tumeur est enlevé, on peut voir facilement que tous les organes voisins (brachial antérieur, muscles épitrochléens) commencent à dégénérer et sont devenus friables. Le radial est comprimé par un prolongement de la tumeur. M. Delassus enlève tout ce qui ne lui paraît pas sain et referme la plaie.

Après l'ablation de la bande d'Esmarck, la circulation collatérale se rétablit très vite, mais le pouls radial a disparu. Les douleurs cessèrent et les suites opératoires furent aussi simples que possible. La plaie s'est réunie par première intention.

Le ganglion de l'aisselle qui n'a pas été enlevé, a bientôt diminué de plus de moitié, ce qui semble indiquer qu'il n'est pas tant dû à la généralisation ganglionnaire qu'à l'irritation.

Malgré la résection du médian sur une longueur de 12 à 15 centimètres, la sensibilité persiste dans la zone d'innervation de ce nerf. Les mouvements des trois premiers doigts, commandés par ce nerf, sont également conservés. Du reste, déjà avant l'opération, ils devaient être commandés par une innervation collatérale, car le médian englobé et comprimé dans la tumeur devait avoir perdu ses propriétés physiologiques.

Environ trois semaines après l'opération, les douleurs recommencèrent, mais aujourd'hui elles sont encore moins vives qu'avant l'intervention ; puis on sentit un nouvel empâtement sur toute la zone où siégeait la tumeur et maintenant, à la partie supérieure et inférieure, on trouve de nouveaux noyaux ayant exactement les mêmes caractères que la tumeur primitive. Le ganglion a repris son volume primitif.

On est en présence d'une récidive et l'amputation sera sans doute nécessaire.

Cette tumeur présentait cliniquement les caractères du sarcome ; ce fut le diagnostic porté et l'examen microscopique, pratiqué par le

Dr Toison, est venu confirmer le diagnostic. Il s'agit donc d'un sarcome qui s'est développé aux dépens des parties molles, car le squelette est indemne. Les phénomènes douloureux pouvaient faire songer au rôle que le nerf médian avait dû jouer dans le développement de cette tumeur. En tout cas ce n'est pas ce nerf qui a été le point de départ du néoplasme ; car, dans ce cas, les douleurs auraient marqué le début de l'affection, or elles ne se sont montrées qu'au bout de huit mois.

Obs. XXXII. — *Carcinome ayant l'aspect macroscopique d'un sarcome mélanique* (LEMAITRE, *Soc. anat.*, p. 465, 1872, résumée).

La femme F... (Marguerite), 48 ans, marchande de chiffons, est entrée dans le service de Trélat, à la Charité, le 19 octobre 1872.

Bonne santé habituelle, parents morts âgés, d'affections aiguës.

En 1867, la malade s'aperçoit qu'elle porte à la partie interne et antérieure de l'avant-bras droit une petite tumeur, grosse comme une noisette, roulant sous le doigt.

Elle reste stationnaire pendant 2 ans et n'occasionne ni gêne, ni douleur.

Pendant les années 1870-71, la tumeur s'accroît sensiblement, devient douloureuse pendant les règles. En 1871 seulement, les douleurs deviennent continuelles et augmentent avec le volume de la tumeur.

L'état de la malade reste satisfaisant.

A l'entrée de la malade, la tumeur occupe toute la partie interne de l'articulation du coude et empiète sur la face antérieure du bras et de l'avant-bras. Elle est sous-cutanée et la peau, fortement tendue sur la tumeur, lui adhère en avant et en bas. A ce niveau, elle est rouge et injectée de varicosités capillaires.

Au toucher, inégale, bosselée, dure en certains endroits, demi-molle en d'autres. Mouvements de latéralité, peu étendus toutefois.

Obs. XXXIII. — *Sarcome du radius récidivé ; ablation de la moitié supérieure du radius* (PIERRE WIART, interne des hôpitaux, aide d'anatomie des hôpitaux, p. 665-667).

La pièce que j'ai l'honneur de présenter provient d'un malade opéré

deux fois par mon maître, M. Walther, dans le service de M. le professeur Tillaux qu'il remplace.

Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans, chemisier.

Ses antécédents héréditaires sont peu intéressants : son père a une maladie d'estomac ; sa mère et son frère jouissent d'une excellente santé. Lui-même paraît bien portant en ce moment ; à 4 ans, il eut une fièvre typhoïde légère ; jusqu'à 10 ans, des glandes dans le cou auxquelles il « ne faisait aucune attention » ; en 1896 une blennorrhagie et des crêtes de coq, aujourd'hui disparues, mais qui motivèrent son entrée à la Charité, salle Trélat, n° 10.

C'est en l'examinant à ce moment qu'on reconnut une petite tumeur à l'avant-bras dont lui-même n'avait pas parlé.

Trois mois auparavant, il avait ressenti une douleur brusque et violente au niveau du tiers supérieur de l'avant-bras ; la douleur ne dura qu'un jour ; mais le malade s'aperçut alors de l'existence d'une tumeur dont le volume n'a pas changé. En voici, du reste, les caractères d'après une observation prise à ce moment.

Il existe au niveau du tiers supérieur de l'avant-bras, empiétant légèrement sur le tiers moyen, une tuméfaction faisant saillie sur le bord externe. Les téguments qui la recouvrent sont sains.

La palpation ne permet pas une délimitation exacte de la tumeur ; en arrière, elle semble s'étendre jusqu'à la face postérieure du radius ; en avant, elle paraît avoir un petit lobe supplémentaire.

La contraction du long supinateur bride nettement la tumeur dont on ne perçoit alors que le prolongement antérieur.

Enfin, le radius est douloureux sur une étendue de 2 centimètres environ, à partir d'un travers de doigt au-dessous de sa tête.

Les mouvements de pronation et de supination sont conservés.

Opération le 12 août 1896. — Après application de la bande d'Es-march, M. Walther fit une incision sur le bord du long supinateur qu'il disséqua et réclina en dehors. On trouva alors, sous le court supinateur incisé, un sarcome développé aux dépens du périoste de la face antérieure du radius sur une hauteur d'environ 4 centimètres. On réséqua tout le court supinateur et l'on fit le râclage de l'os. Sutures

au catgut sur l'aponévrose, et au crin de Florence sur la peau, drainage.

Réunion complète sans aucun accident.

Le malade sortait guéri le 4 septembre et se remettait à travailler.

Les mouvements de flexion étaient un peu douloureux, ceux de pronation et de supination presque complètement abolis ; cependant le malade s'était habitué rapidement à cette légère impotence fonctionnelle, et travaillait fort bien quand même.

Mais au mois de janvier 1897, les douleurs reviennent ; il hésite à entrer à l'hôpital, attend même jusqu'au mois d'avril avant de consulter personne, puis revient en juin et entre définitivement le 27 juillet à la Charité.

L'état du membre est le suivant :

On voit à la partie antérieure de l'avant-bras la cicatrice de l'opération précédente, elle en occupe le tiers supérieur, un peu en dehors de la ligne médiane. A son niveau, il existe une augmentation de volume régulière et la tuméfaction se continue graduellement avec les parties voisines.

Au palper, on trouve à la partie postérieure de l'avant-bras le cubitus absolument normal ; sur le côté externe, on sent une tumeur légèrement rénitente ; à la partie antérieure, la tête du radius paraît saine et ses mouvements limités, mais possibles. Mais, en descendant le long de l'os, on arrive, au niveau de la tubérosité bicipitale, sur une tumeur dure, immobile, fixée à l'os qui lui a donné naissance. En soulevant le long supinateur, on la sent bien se terminer à la jonction du $\frac{1}{3}$ supérieur et des $\frac{2}{3}$ inférieurs du radius par un rebord saillant, débordant très peu l'os en dehors, beaucoup plus en dedans, où elle paraît presque tangente au cubitus.

Les mouvements de flexion et d'extension sont normaux, ceux de pronation et de supination très limités.

Pas d'atrophie musculaire.

Les ganglions épitrochléens et axillaires sont indemnes.

Comme on se trouve bien évidemment en présence d'une récidence du sarcome opéré l'an dernier, une nouvelle intervention est décidée et pratiquée le 18 juillet 1897.

Opération. — Incision sur la cicatrice de l'ancienne opération. Le bord externe du long supinateur est libéré et tout le muscle rejeté en dehors. La branche antérieure du radial avec les filets qu'elle envoie aux radiaux et l'artère radiale sont réclinées en dedans. On décolle le rond pronateur, dont on désinsère sur une faible étendue le tendon inférieur, puis les fléchisseurs, en rasant le radius et respectant le nerf médian. Ceci fait, la partie antérieure de la tumeur était bien mise à nu, on sectionne l'os, au ciseau et au maillet, à sa partie moyenne, 3 ou 4 centimètres au-dessous de la limite inférieure du sarcome. L'extrémité inférieure du fragment supérieur est saisie avec un davier si bien qu'en le relevant et lui faisant subir des mouvements de pronation, on arrive à disséquer sa face postérieure, en respectant la branche postérieure du radial, et à l'enlever complètement avec la tête saine. Le tendon du biceps a été coupé à 1 centimètre et demi au-dessous de son insertion.

Les désordres vasculaires et nerveux étaient nuls, puisque toutes les branches du radial d'une part, les artères radiale et interosseuse d'autre part, avaient été soigneusement respectées. Restaient le fragment inférieur du radius qui fut laissé libre, et le tendon du biceps. M. Walther eut l'idée de le suturer au rond pronateur. La réunion fut faite solidement au catgut.

La plaie fut ensuite refermée ; une suture au catgut faite sur l'aponévrose. Suture de la peau au crin, drainage.

La tumeur ainsi enlevée a une forme assez régulièrement ovoïde à grosse extrémité supérieure, elle a une longueur de 8 centimètres environ avec un diamètre moyen de 4 à 5 centimètres ; elle est légèrement bosselée avec des fibres musculaires du court supinateur adhérant fortement à son enveloppe.

Une coupe longitudinale faite sur toute la hauteur de la pièce montre les détails suivants : le radius occupe l'axe de la tumeur, qui est cependant plus développée du côté externe, le double environ. L'os est sain jusqu'à l'union de son tiers supérieur avec ses deux tiers inférieurs, point où commence la tumeur.

La tête est saine aussi sur une hauteur d'environ 1 centimètre.

Toute la portion intermédiaire est infiltrée de néoplasmes, cepen-

dant le tissu compact périphérique existe encore en couche mince sur presque toute la périphérie ; l'os se délimite facilement de la tumeur, et a conservé une solidité assez grande.

CONCLUSIONS

Nous avons voulu dans ce travail, sans prétendre faire une étude complète des tumeurs du pli du coude, donner quelques indications sur leur fréquence, leurs caractères, leur nature, surtout leur diagnostic. De nos recherches il résulte que :

1° Les tumeurs du pli du coude, à l'exception des anévrysmes artérioso-veineux, dont nous ne nous sommes pas occupé, sont assez rares. Nous ajouterons que des grands plis de flexion des membres, le pli du coude est le plus rarement atteint.

2° Elles sont variées, quant à leur nature. Les unes : kystes, lipomes, sarcomes, s'y développent au même titre, bien qu'avec une fréquence moindre que dans d'autres régions des membres, telles que : le creux poplité, le pli de l'aîne, l'aisselle, les articulations du poignet et du cou de pied.

3° Une d'elles, l'hématome, avec les caractères que nous lui avons indiqués, est spéciale à cette région.

4° L'anévrysme spontané au cours d'une maladie du cœur, de même que l'anévrysme spontané sans cause apparente,

semblent choisir l'humérale plus volontiers que toute autre artère.

5° Les tumeurs du pli du coude peuvent prêter à de nombreuses erreurs de diagnostic qu'il sera toutefois, le plus souvent, possible d'éviter.

6° Leur traitement est presque exclusivement chirurgical.

Vu :

Le Président de la thèse,
TILLAUX.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Aronsohn.** — *Des tumeurs des nerfs.* Thèse de Strasbourg, 1822.
Boeckel. — *Gazette des hôpitaux*, 1867.
Boppe. — *Archives de méd. mil.*, 1892.
Bucquoy. — *Société des hôpitaux*, 1888.
Charvot. — Etude clinique sur les dépôts sanguins du pli du coude. *Rev. de chir.*, 1881 et *Cong. de chir.* Paris, 1892.
Denucé. — *Dictionnaire de méd. et de chir. pr.* Art. Coude.
Eppinger. — *Archiv. für klin. Chir.*, 1887.
Foucault. — *Essai sur les tumeurs des nerfs mixtes.* Th. Paris, 1872.
Giraudet. — *Des diverses tumeurs des nerfs.* Th. Paris, 1852.
Gillette. — De l'ostéosarcome articulaire et péri-articulaire. *Soc. de chir.*, t. II.
Gross. — *American Journal of the med. Sc.*, 1879.
Jacquart. — *Soc. anatomique*, 1838.
Le Boucq. — *Etude sur les névromes.* Th. Paris, 1865.
Malgaigne. — *Traité des luxations.*
Nimier. — Ostéomes musculaires. *Gazette heb.*, 1883.
Pel. — Zur Kenntniss der embolischer Aneurysmata. *Zeitsch. für klin. Med.*, 1887.
Pelletan. — *Cliniq. chir.* Paris, 1810.
Schwartz. — *Des ostéosarcomes des membres.* Th. de concours, 1880.
Short. — *Ed. méd. ess.*, t. IV, p. 416.
Volkman. — *Archiv. für pathol. Anat.*, 1857.
-

Imp. G. St-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, St-Dizier (Hte-Marne).
